I. PRESENTACIÓN.

La Organización Mundial de la Salud registra más de 500 millones de personas con problemas de salud mental (*OMS, 2003*). Se calcula que para el 2020 la depresión será una de las enfermedades de mayor predominio en el mundo.

Sólo en América Latina, donde las enfermedades mentales son un problema en crecimiento, existían a comienzos del siglo XXI alrededor de 25 millones de personas con depresión; apenas un 15% era identificada y recibía tratamiento (Organización Panamericana de la Salud).[1]

El estudio de la Salud Mental se ocupa básicamente del sufrimiento del ser humano, ya sea vínculo, grupo, pareja o familia. En forma sintética, esto cubre distintas problemáticas: locuras, psicosis y esquizofrenias; estrés; adicciones; violencia; depresión; suicidio; trastornos de la alimentación; trastorno bipolar; trastornos sexuales; trastornos obsesivos y por ansiedad.[2]

Esta serie de datos rastreados, más el actual contexto socioeconómico y sanitario, nos confirma que la salud mental es uno de los aspectos de la vida de una población que merece ser atendido e investigado tanto en el ámbito nacional como en el Partido de Olavarría.

---

[1] 25 millones de personas sufren en América Latina, dice OPS [en línea]. Organización Panamericana de la salud- Oficina Sanitaria Panamericana- oficina Regional de la OMS (2000). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.datasalud.com.ar/depresion-america.htm> [consulta: junio 2004].

[2] Esta definición corresponde a Felipe Díaz Usandivaras, médico especialista en Psiquiatría y terapeuta familiar, profesor de Psiquiatría Social y Comunitaria del Instituto Superior de Formación de Posgrado y director general del Instituto “Tempora”. Giorgi, Alberto (compilador), Cultura y salud –Reflexiones en torno a la salud y la enfermedad en el contexto cultural argentino, (“Colección Fin del Milenio”), Buenos Aires, Ediciones Biblioteca Nacional y Página/12, 1999.

II. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.

El objetivo eje de este trabajo final es producir y redactar material informativo periodístico con el propósito de instalar el tema de la SALUD MENTAL en la sociedad, a través de una perspectiva crítica que tome en cuenta los distintos actores sociales involucrados. El producto comunicacional elaborado es la revista "***Ensamble***", que contemplará distintos géneros: entrevistas, columnas de opinión de especialistas, cobertura de hechos destacados e investigaciones periodísticas. Algunas secciones permanentes serán "El ojo experto", "Escenario" y "Enfermedades ocupacionales", junto a otras donde se intentará trazar el mapa de salud mental en Olavarría y la región, así como los vínculos de la Salud Mental con otras temáticas (especialmente las políticas públicas y el ámbito de la educación).

El hecho de proponer la elaboración de este material gráfico es porque advertimos la necesidad de un **elemento comunicacional que vincule a los profesionales que hoy se desempeñan en el ámbito de salud mental**. Entre estos se incluyen no sólo psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras, sino que nuestra perspectiva integra también psicopedagogos, enfermeros, médicos, musicoterapeutas, terapistas ocupacionales, asistentes sociales, profesionales vinculados al área de educación, a la rama artística y al Poder judicial (en este último caso debido a su intervención en las internaciones y peritajes). El tratamiento de esta temática es porque estimamos que no existe material suficiente dedicado a la Salud Mental en el partido de Olavarría, de manera que esta propuesta constituiría un importante punto de partida al ser la primer revista sobre salud mental (ya

que hasta el momento sólo existe una publicación sobre salud dependiente del Municipio). El planteo supone transformarse en una alternativa superadora e integradora de publicaciones ya existentes.[3] Y si bien las producciones volcadas en el producto mediático serán del interés de ciertos profesionales del área, es beneficioso que se hallen además al alcance del "público en general".

Otro de los modos de acceso a esta revista, será a través de la red: no como revista on-line sino anexada a una página web preexistente – de forma que también una "audiencia" más amplia y heterogénea disponga de la información y de las diversas producciones. Así, se suma la alternativa digital al inicial formato gráfico. En este sentido, un Boletín Informativo electrónico de la SAI (Sociedad Argentina de Información) del 2004 asegura que la red está acelerando su consolidación como medio informativo.[4]

Respecto de fundamentar la elección del tema y las razones por las cuales merece ser abordado en el ámbito de nuestra ciudad, juzgamos que resulta indispensable efectuar un recorrido por las actividades y prácticas, así como por el soporte teórico que actualmente se construye en torno de la Salud Mental. De esta forma una serie de cátedras e investigaciones universitarias (ya realizadas, en curso o a futuro) hallarían en la revista un

[33] Tal es el ejemplo de "**Lazos y nudos**"- revista del Colegio de psicólogos de la provincia de Buenos Aires - distrito 8 de Azul. Este distrito comprende los partidos de Olavarría, Laprida, Azul, Tandil, Las Flores, Lamadrid, Bolivar, Tapalqué, Rauch y General Alvear. Existe también una publicación del Colegio de Asistentes Sociales, cuya sede está en la ciudad de Azul: en ella se abordan temáticas generales pertinentes a la profesión.

[44] "Tras el estallido de la burbuja de internet y la crisis financiera de los últimos años, habían surgido muchas dudas sobre las reales posibilidades de la información on line. Ahora (...) esas dudas se están empezando a despejar. Así lo atestiguan, por ejemplo, las cifras y ponencias hechas públicas con motivo del congreso de la Asociación Mundial de Periódicos celebrado en Dublín. Allí se puso de manifiesto que ya el 79% de los diarios del mundo tienen un "site" en Internet. El consumo de Internet es mucho más fuerte de lo previsto (...) El índice de lectura en línea se ha triplicado desde 1999". Segunda primavera en Internet [en línea]. Boletín de la SAI (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http:// www.sai.com.ar/boletin05htm> [consulta: junio 2004].

lugar concreto en donde exponer sus actividades. La producción del Observatorio Social de la Facultad de Ciencias Sociales (Unicén), creado el 1 de Junio de 2003 y que atiende, entre otras, las problemáticas de salud mental y educación, podría ser difundida en la comunidad. "El observatorio social es un espacio de exploración, investigación e intervención de cuestiones sociales y culturales de Olavarría (...) Procura la interpretación de la información para promover nuevos espacios de intervención orientando proyectos de y para los propios actores sociales."[5]

Los profesionales de la salud mental tendrán en la revista un espacio de difusión y examen de sus metodologías, experiencias personales y proyectos. Sucede en general que se comparten tanto "logros" como "fracasos" en el círculo cerrado de una disciplina, aún sabiendo que el intercambio potenciaría en primera instancia la atención, y en segundo término el conocimiento que circula respecto del tema –aportando al menos una cuota de protagonismo.

II.1. Objetivos generales.

Uno de los objetivos que guía la tarea de esta propuesta es el de **indagar sobre la situación de Salud Mental en el partido de Olavarría**: donde existe un servicio de Consultorios Externos de Salud Mental dependiente del Hospital Municipal "Dr. Héctor Cura"; una institución como C.I.C.E (Centro Interdisciplinario de Cuidados para la Educación), dependiente de la Municipalidad, que responde a los hechos de violencia registrados en el ámbito escolar y actúa a su vez como formadora porque en ella se concluye la carrera de psicología de Mar del Plata y se realizan

[5] "Historial del Observatorio Social" en: AAVV, *Primer Informe del Observatorio Social*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), 1 de octubre de 2003, p. 5.

posgrados; hasta un Hospital (ubicado a unos 25 Km. de Olavarría, en la vecina localidad de Hinojo) que incluye la internación de pacientes psiquiátricos.[6]

Otro de los objetivos fundamentales es **relevar y hacer públicos** los trabajos de investigación llevados a cabo en el ámbito universitario de la Facultad de Ciencias Sociales (Unicén), que en conjunto con la **producción de información** sobre el área de la Salud Mental y sus distintas vinculaciones **instalaría el debate** sobre dicha temática en la comunidad.

Al afrontar como temática la Salud Mental, uno de los intereses que surge es el de desmitificar aquello que comúnmente llamamos locura: pero una propuesta semejante resultaría no sólo costoso sino poco asequible desde mi formación académica. Por ende, es menos pretencioso e igualmente substancial contribuir a mitigar el desconocimiento sobre este aspecto de la salud en función de los diferentes artículos de la revista: con la realización de notas periodísticas o de divulgación científica que ofrezcan una perspectiva de la realidad local y al mismo tiempo, pautas que permitan **repensar** tanto la **salud mental en el contexto actual** como a quienes se ven particularmente involucrados. La finalidad de esta publicación gráfica es, en síntesis, brindar información, opinión, y orientación desde una perspectiva social (crítica) sobre la temática de Salud Mental, la cual es relevante no únicamente al nivel de políticas públicas sino desde la vida cotidiana.

II. 2. Objetivos específicos.

[6] Otras instituciones son: **Ilusiones** (donde se atienden problemas de retraso mental), **CPA** (un Centro de carácter provincial para la prevención de adicciones) y el **Centro de Violencia Familiar** (que contempla las problemáticas derivadas de la violencia doméstica). En el apartado IV. 4.3 se detalla información sobre cada uno de los Hospitales y C.I.C.E.

- Realizar un relevamiento sobre Salud Mental en lo que refiere a la importancia que se le asigna en la comunidad a través de las diferentes instituciones y organismos involucrados en el tema. Relevar, asimismo, la labor de los diferentes actores sociales vinculados a la salud mental y la articulación de los mismos en el abordaje de las diferentes problemáticas.
- Explorar las problemáticas vinculadas a salud mental vigentes.
- Servir como punto de encuentro para las distintas disciplinas o profesiones dedicadas al ámbito de la salud mental.
- Ser uno de los canales de comunicación del Observatorio Social de la Facultad. Ofrecer, asimismo, un espacio para la comunicación tanto de investigaciones como de trabajos académicos referidos a la temática planteada.
- Permitir el intercambio de experiencias específicas entre la diversidad de profesionales implicados en el área de salud mental del Partido.
- Difundir lo anteriormente expuesto a través de un medio de información de carácter público, más específicamente una revista sobre salud mental con periodicidad bimestral (y su consiguiente publicación en la red).

III. RELACIÓN DEL PRODUCTO PENSADO CON EL GÉNERO AL QUE PERTENECE.

Es evidente que el género de la Salud Mental no ocupa un lugar predominante en los medios de comunicación, ya sean éstos de orden nacional o local; salvo excepciones (la existencia de algunos suplementos de psicología, la inclusión del tema en un área más general de salud, o alguna realización especial con motivo de Encuentros de los que participan renombrados especialistas) hay una marcada ausencia. Para especificar el vínculo existente entre el producto mediático propuesto y el tema llegamos a la noción de **periodismo social**, ese periodismo que "**asume su papel**

como protagonista de los procesos sociales y reflexiona sobre su responsabilidad en los mismos."[7] Los grandes medios "perpetúan el discurso de falta de alternativas y del modelo único con la consulta sistemática de las fuentes tradicionales –políticos y economistas reconocidos por el establishment (...). Prescindiendo de los nuevos líderes como fuentes informativas, conducen a la visión de que la realidad es inmodificable y que los únicos actores posibles son los protagonistas de siempre."[8] El periodismo social, en cambio, apuesta a integrar y representar diferentes actores sociales. Su presencia en Argentina se puede rastrear hacia1994 con el Programa Tercer Sector.[9]

La aspiración máxima de esta corriente es la transformación del ciudadano en alguien verdaderamente comprometido con la realidad. Según *Alicia Cytrynblum*, periodista especializada y fundadora del periodismo social como disciplina periodística, esta reciente orientación postula nuevos instrumentos para **"jerarquizar el eje social en los medios de comunicación y explorar su articulación en la agenda diaria con los temas económicos y políticos.**"[10] El periodismo social suma a partir de cuatro recursos: solución, educación, servicio y "tratamiento" de las fuentes.

---

[7] Cytrynblum, Alicia, *Periodismo social: una nueva disciplina*, Buenos Aires, Ediciones La Crujía, 2004, p. 51.
[8] Cytrynblum, Alicia, op. cit. p. 39.
[9] Esto refiere a la revista Tercer Sector: Alicia Cytrynblum estuvo al frente de la misma por diez años. Asimismo, la periodista ha sido editora de los primeros ocho suplementos solidarios del diario La Nación (1997), estuvo a cargo de la sección "desfile de modelos (solidarios)" de la revista Veintitrés, responsable de los contenidos del portal Risolidaria en Internet y de un espacio diario en Canal 7.
[10] La iniciativa de comunicación (CILA) [en línea]. Colombia: 2004. <http://www.comminit.com> [consulta: septiembre 2004].

(a) **Soluciones**: las denuncias se suceden en los medios de comunicación sin efecto inmediato; graves situaciones son develadas aunque nada cambia, generando en los periodistas y en el público frustración. El periodismo social investiga, y de ser posible incluye la solución al problema como hecho destacable dentro de la cobertura. "Lejos de pedir a los periodistas que propongan salidas propias, se induce la búsqueda de alguna solución exitosa al problema dado. La mayoría de los conflictos tiene una solución innovadora que es llevada adelante por alguna entidad pública o privada, en una alianza de ambas, o en última instancia en un país extranjero."[11] Investigar soluciones impacta más que denunciar porque mueve a la acción. Exhibe el desinterés o la ineficiencia de quien/es debieron ocuparse de la situación y promueve el hallazgo de las soluciones al problema presente. La Fundación para el Nuevo Periodismo Latinoamericano, presidida por el Premio Nobel *Gabriel García Márquez* y dirigida por Jaime Abello Banfi, sistematizó 5 aspectos centrales "**para que se construya un periodismo que no se quiere limitado a la *cultura de la denuncia* que, por saturante, corre el riesgo de tornarse improductiva y, por eso, muchas veces una fuerza que en vez de movilizar, suele paralizar los ideales de co-responsabilidad social**"[12]

- Mayor precisión al momento de diagnosticar problemas.
- Trabajo de campo que tenga en cuenta la voz de los que están realmente afectados.
- Análisis de experiencias exitosas de intervención pública –y las que no lo fueron- para darlas a conocer (con la premisa de promover la equidad).

---

[11] Cytrynblum, Alicia, op. cit. p. 77.

[12] VII Taller sobre Formación de Periodistas Latinoamericanos en Temas de Política y Gestión Social, Fundación para un Nuevo Periodismo Iberoamericano, Cartagena de Indias, Colombia, junio de 2000.

- Supervisión de responsabilidades de cada actor social y cuestionamiento de las omisiones.
- Seguimiento de las temáticas que contrarreste el efecto de corta memoria ostentado por el periodismo – en especial porque los procesos sociales tienen un ritmo distinto al de las noticias.

(b) **Educación**: el cambio constante exige que la prensa se actualice y transmita dichos conocimientos a la sociedad en su conjunto.

(c) **Servicio:** el periodista no es el dueño de la información y debe permitirle al lector comprometerse con la comunidad, acceder a la realidad de otro modo. Como afirma *Cytrynblum*, la comunicación "construye la comunidad".

(d) **Incorporación de fuentes:** el actor que tiene preponderancia es la comunidad; en consecuencia se buscan las fuentes alternativas para facilitar un tratamiento periodístico equitativo, en un esfuerzo de construcción de pluralismo. La diversidad de fuentes debe considerar experiencias de otros lugares –exitosas o no – para producir una visión comparativa y global. Allí Internet es "una herramienta esencial".

La fragmentación de la realidad que reflejan los medios es observada por el periodismo social con preocupación, porque "el actor social es presentado en la mínima expresión de su potencial y escindido de los ´poderes reales´ que representan la política y la economía."[13] Justamente la escasa articulación entre los tres grandes sectores que definen el escenario social – Estado, Mercado y Organizaciones sociales- se presenta como causa indiscutible de las dificultades de Latinoamérica, y exige una visión más amplia que de paso a la construcción de una comunidad más inclusiva. El nuevo paradigma amplía el concepto de *«investigación periodística»,* hoy

[13] Cytrynblum, Alicia, op. cit. p. 38.

sinónimo de *«publicación de escándalos»*. Es la invitación a una mirada crítica sobre el alcance de los beneficios sociales que el nuevo orden mundial promete: busca que el público desmitifique dichos beneficios o demande resultados comprobables para legitimarlos. Al confrontar problemas con soluciones, lo que hace es otorgar visibilidad a las omisiones de los poderes públicos y privados, y de los ciudadanos - organizados o no. Así es como "reinventa la capacidad de la comunicación y de la información en cuanto fuerzas movilizadoras de cambios."[14]

La Fundación para el Nuevo Periodismo Latinoamericano toma en cuenta los medios de comunicación como "**instrumentos educativos**", en tanto produzcan no un periodismo de dichos sino de hechos que logre "**humanizar**" **la información**. Humanizar y enriquecer la información supone mayores consultas a mandos medios y a usuarios, menor transmisión de declaraciones oficiales y un análisis directo de documentos; el respeto por la persona es uno de los fundamentos básicos. La prensa, en general, privilegia la política y la economía. De este modo la sociedad civil pierde protagonismo, los ciudadanos organizados no encuentran un espacio donde sus aportes sean valorados con equidad con respecto a los temas "importantes". Y las organizaciones del Tercer sector, que discuten y resuelven problemáticas como salud, educación, cultura, desarrollo social y medio ambiente, pasan a figurar por debajo del Estado y el Mercado. Esto es lo que se espera revertir.

La comunicación ligada a la salud debe ser pensada desde lo invalorable que resulta para la sociedad contar con medios de comunicación que aborden la temática, favoreciendo en los lectores y en el conjunto de

[14] VII Taller sobre Formación de Periodistas Latinoamericanos en Temas de Política y Gestión Social, Fundación para un Nuevo Periodismo Iberoamericano, Cartagena de Indias, Colombia, junio de 2000.

ciudadanos el debate sobre salud mental, ámbito que resulta opacado –sino descartado- ante otras problemáticas, y sobre todo ante el tipo de noticias que las empresas periodísticas juzgan redituables. La cotidianeidad de las personas con padecimientos crónicos se modificaría con un entorno que dispusiera de otras concepciones sobre salud y enfermedad. Empezaríamos a reflexionar acerca de qué pasa con nuestra salud mental –en un sentido amplio, no sólo como individuos sino especialmente como grupos y comunidad. El diálogo entre disciplinas, el intercambio de experiencias por parte de los profesionales –finalmente- resultaría altamente provechoso. Transcurrido este camino es preciso citar las potencialidades de lo que *Silvio Waisbord* denomina "**periodismo en salud**".

Los principios del periodismo cívico/social aplicados en el marco del periodismo en salud constituirían un **estímulo para el debate de soluciones a nivel comunitario**. Sobre todo si la prensa ofreciera un espacio donde identificar, discutir seriamente los conflictos y hacer diagnósticos con aquellos que están involucrados en el sector de la salud. También si examinara profundamente, de modo crítico, los temas de salud y las políticas públicas. **"Sería una forma de reconectar a la población y al mismo tiempo brindar un servicio público. Un modo de alejarse de la reportería como conflicto, como hecho médico, como problema episódico y circunstancial, como tema individual, y hacia una perspectiva más abarcadora, social y participativa**."[15] Desde la perspectiva de la investigación, el aporte del periodismo en salud existe en tanto haya posibilidad de controlar la acción gubernamental y privada relacionada con la salud pública.

[15] Waisbord, Silvio, "Nuevas tendencias y escenarios futuros en el periodismo: oportunidades para el periodismo en salud", *Diálogos de la comunicación*, N° 62, 2001, p. 94.

Waisbord considera al periodismo cívico como la contrapropuesta al periodismo negativo, objetivo, estrictamente centrado en conflictos (lo cual no contribuye a la democracia) y cuyo funcionamiento no establece distancia crítica de las fuentes de las que se nutre. El periodismo cívico lo considera una razón suficiente para dar **prioridad a los problemas locales** y fortalecer al lector en vez de legitimar a los poderosos, reconectar a los lectores como ciudadanos y proyectar debates públicos a partir de una toma de posición concreta. La crítica que recibe esta modalidad es que su aplicación no supera niveles micro, por cuanto ven esta opción como utópica o meramente académica). La otra alternativa mencionada por el autor es el Periodismo de soluciones, cuyas noticias exhiben la forma óptima en que la población enfrenta los problemas relativos a la salud, educación, seguridad, generando una audiencia tendiente a involucrarse en proyectos que la ayude. Quienes no comparten su argumento temen que el periodismo devenga en "defensor acrítico de la comunidad", excluyendo cuestiones sociopolíticas más amplias.

La salud se desarrolla dentro de un contexto tal que la prensa suele superar a los médicos como proveedora de información pero la población continúa "confundida" y "mal informada" sobre las diferentes temáticas. Esta falencia puede adjudicarse al tono sensacionalista con que se aborda la cuestión: las noticias hacen foco en las enfermedades y problemas, relegando muchas veces lo que es más significativo desde el punto de vista médico. Si las epidemias pueden darse el lujo de llegar a los titulares de la prensa es porque entran en la categoría de "novedad"; las enfermedades crónicas no corren la misma suerte. Los debates entre los expertos "chocan con el apuro del periodismo, su apetito por ofrecer títulos inequívocos y espectaculares, y su falta de interés en proveer información de fondo que

permita contextualizar las noticias."[16] Dichas explicaciones justifican la decisión de elaborar una revista en la cual la salud mental constituya el eje, no un espacio mínimo; o lo que significa dar el puntapié inicial para que la salud mental, al igual que tantos asuntos generalmente relegados, pueda ser otra de las prioridades del Partido de Olavarría. Como afirma *Waisbord*, el periodismo debe mostrarte lo que de otro modo las audiencias no sabrían, para contribuir a que la población disponga de mayor conocimiento sobre diferentes aspectos de la salud.

En cuanto a la salud mental y la prensa, es necesario considerar la proliferación de portales dedicados a las relaciones de ayuda y consultas on line, los que cuentan con chats públicos y privados. En lo que a esta publicación concierne -diseñada como producto mediático para el trabajo final de grado- no quedará restringida a su publicación gráfica y la distribución entre los profesionales y en los centros de salud, sino que tendrá otras posibilidades a partir de la difusión existente en Internet. El vínculo entre Salud Mental, su prevención y las innovaciones tecnológicas acrecienta su importancia, es plausible hablar de un uso actual de las tecnologías de informática y telecomunicaciones "como herramientas en la prevención de la salud mental en las ciudades."[17] Este criterio me permite

---

[16] Ibídem.

[17] ? "He relevado cuatro modos de uso de las tecnologías: (...) **el uso de informática en la gestión laboral de salud mental o de instituciones terapéuticas** se generaliza, pero no ha ido demasiado lejos (...) **Los sitios de consulta sobre salud mental**, implementados por profesionales individuales o por instituciones son numerosos (...) Si bien gran parte están dirigidos a la comunidad terapéutica, la mayoría de estos sitios son accesibles al público en general (...) **Los grupos o comunidades virtuales**, articuladas alrededor de un trastorno particular, o como grupos de ayuda mutua, mantienen interacciones similares a los sistemas familiares o de grupos de amigos, o aún a los grupos de autoayuda cara a cara (...) están coordinados por terapeutas, o autogestionados por los pacientes (...) **Las redes de profesionales que trabajan sobre estos temas** (...) son un sitio de referencia y consulta en temas de psicoanálisis, psicología y psiquiatría (...) La tecnología, por sí misma, no es una solución, pero puede ser uno de los elementos de las respuestas a los problemas de prevención en salud mental" Finquelevich, Susana, Internet en la prevención de la salud mental urbana [en línea]. Asociación Links (2000). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.links.org.ar/infoteca/internet%20en%20la%20prevención%20de%20la

pensar en el valor de que todo el material producido ingrese a la red como un sitio de consulta/encuentro, sin reducirse al formato papel y estando disponible para buena parte de la población.

La revista está orientada para contener una mirada plural de enfoques, que en primera instancia no quede abreviada a un sector de profesionales sino a la extensa cantidad de disciplinas cuyo quehacer se vincula con la salud mental (reafirmando la necesidad del trabajo interdisciplinario). Con el formato anteriormente descripto, y mediante una periodicidad bimestral, podrán ser abordadas los diferentes acontecimientos e instalarse discusiones más que relevantes para Olavarría en su conjunto, así como difundidos las diferentes investigaciones sobre salud mental. Este producto comunicacional cuenta con un Comité Editorial y Científico. Dado que el objetivo es ser un foro de discusión y divulgación, la revista asume la siguiente postura editorial para avalar la calidad de la información, e incluso a los fines de agudizar la mirada sobre la salud mental: los artículos enviados para su publicación serán analizados por el Comité integrado por especialistas en salud mental, los que se reservarán el derecho de sugerir las modificaciones formales que requieran las colaboraciones.

IV. MARCO TEÓRICO.

IV. 1. Las Ciencias sociales en la historia de la salud.

Nótese que la incorporación de las Ciencias Sociales al análisis de los problemas de salud proviene de la historia de las políticas sanitarias y de la posterior incursión de la antropología, en su búsqueda por el impacto del tratamiento de ciertas enfermedades en la sociedad. En un primer momento, salud y enfermedad estaban monopolizadas por los saberes

%20salud%20mental%20urbana.pdf> [consulta: junio 2004].

populares: la “enfermedad”, producto de fuerzas demoníacas, era curada mediante saberes mágicos. Fue varios siglos después que la medicina se erigió como un campo disciplinario y obtuvo poder. Pero la ciencia no habría desplazado el saber empírico de los pueblos sin un Estado Moderno que, constituido como administrador de la economía de todos sus pobladores, buscaba imperiosamente controlar sus riquezas y mantener el orden. “La medicalización de la sociedad se hace presente entonces en el marco de un Estado fortalecido en sus funciones económicas, donde la medicina se transforma en una nueva estrategia para ejercer el control sobre las poblaciones. En consecuencia aparece (...) dedicada a la higiene y la salubridad pública, los controles sobre los ámbitos laborales. **Una nueva configuración experimenta la Salud que de todas maneras no puede abandonar su relación con el concepto de enfermedad.”**[18]

Los cambios consolidan la medicina: es dueña de un lenguaje y prácticas específicos, el Estado la reviste de legalidad, pero “lo social no tenía ingreso dentro de sus conceptos, sólo se hacía referencia al cuerpo enfermo. **Esta concepción de salud ligada a la de enfermedad comenzaría a ser cuestionada con lo que se posibilitó introducir las dimensiones sociales, políticas y económicas.”**[19] Durante el siglo XX hubo una modificación en las causas de mortalidad específicamente en los países “desarrollados”: se pasó de las enfermedades agudas a las denominadas enfermedades crónicas y, consecuentemente, **del modelo biomédico al modelo biopsicosocial** (que postula que los estados de salud y enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos,

---

[18] Cilimbini, Ana y Ortiz, Claudia, *Comunicación y salud: zonas de debates y emergencia de nuevos interrogantes*, V Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación [en línea]. Asociación Latinoamericana de investigadores de la Comunicación (2000). Localización de la parte dentro del sitio<http://www.eca.usp.br/alaic/chile2000/10%20GT202000Com%20e%20Salude/Ana%20Cilimbini%20&%20Claudia%20Ortiz.doc> [consulta: julio 2004].

[19] Ibídem**.**

psicológicos y sociales). No obstante las Ciencias Sociales “hasta ahora no han alcanzado el nivel de importancia que deberían tener en la estructura del curriculum médico. Las ciencias sociales se siguen considerando algo adicional, no esencial.”[20]

IV. 1. 1. Salud y enfermedad: construcciones.

La enfermedad mental tiene realidad en el marco de una cultura que la reconoce como tal, es relativa a determinada cultura “en la sola medida en que es una conducta que no se integra a ella.”[21] Esto responde a análisis realizados por *Emile Durkheim* así como a estudios psicológicos (la existencia de una norma o “media”); ambos coinciden en que existen *virtualidades* operando a modo de margen de una realidad cultural en determinado grupo y que es allí donde se ubica la enfermedad. “Durkheim y los psicólogos americanos han hecho de la desviación y del alejamiento de la media, la naturaleza misma de la enfermedad por efecto de una ilusión cultural que les es común: nuestra sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que ella encierra y aparta; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad la excluye. Los análisis de psicólogos y sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y buscan el origen de lo morboso en lo anormal son, ante todo, una proyección de temas culturales (...) Ahora se plantean dos problemas: ¿cómo ha llegado nuestra cultura a dar a la enfermedad el sentido de la desviación y al enfermo un status que lo excluye (...)?”[22] Foucault lo responde diciendo que la alienación será

[20] Federación Panamericana de Facultades-Escuelas de Medicina (Chile). Propuesta de innovación curricular [en línea]. Chile: Fepafem, 2000. <http://www.fepafem.org.ue/curric.php> [consulta: julio 2004].
[21] Foucault, Michel, *Enfermedad mental y personalidad*, México DF, Editorial Paidós, 1988, p.85.
[22] Foucault, Michel, op. cit. p. 87.

definida por un momento histórico, no puede entenderse como una *aberración psicológica*.

"La atribución de anormalidad a determinados estados y expresiones humanas consideradas como enfermedades indica **un proceso de construcción** que implica –necesariamente- instancias ideológicas que tienden a sustentar una estructura dominante, mediatizada por modelos más o menos estables."[23] Hoy sabemos que Salud Mental no es exclusivamente ausencia de enfermedad, es resultado de un proceso determinado histórica y culturalmente que supone un reconocimiento de la persona como "entidad bio-psico-socio-cultural". La labor de la medicina en Occidente dejó como productos las nociones de salud y enfermedad; ellas establecen distancias sociales entre lo deseable y lo no deseable. "En las definiciones de Salud Mental participan concepciones positivistas (conducta normal y adaptada), racionalistas (correcto funcionamiento de las funciones mentales), aristotélicas (adecuada percepción de la realidad), platónicas (armonioso desenvolvimiento de potencialidades naturales). Todas encubren, bajo una supuesta objetividad, un soporte ideológico (...). Ideologías y teorías se imbrican en la construcción del concepto."[24]

Según los momentos históricos, las representaciones que se tienen de lo mental han variado (aunque concepciones del pasado siguen vigentes en nuestra cultura). El rol cumplido por la medicina es innegable, "obtuvo la potestad para delimitar lo normal y lo patológico, lo tolerado del lo excluido; se apropió de la locura, catalogándola como enfermedad, estableció sus nosografías y aplicó las técnicas biológicas para su control o la recluyó y la

[23] Guerci, Nora Marcela, *Prácticas en Salud Mental: Representaciones sociales en un medio hospitalario olavarriense*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (UNCPB), 1998, p. 155.
[24] Guerci, Nora Marcela, op. cit. p. 28.

custodió. Los orígenes en la Higiene Mental dan cuenta de la alta carga de subjetividad y moralidad."[25]

IV. 1. 2. Los estudios de Michel Foucault.

Foucault hace visible la idea de construcción social existente detrás de lo que taxativamente se denomina locura, disgrega y analiza los sentidos aplicados a la enfermedad o a lo mental. La primera ligazón evidente es con la **sinrazón**: la locura no tenía existencia absoluta, nunca había registros más que por referencia a la Razón. "El gran encierro" denomina la instancia en que la locura es reducida al silencio, teniendo en cuenta que durante el Renacimiento se expresaba libremente. El siglo XVII fue el origen de grandes internados donde los "locos" se mezclaron con pobres, desocupados, los que iban a corregirse y los insensatos. Creado en 1656 en París, **el Hospital General no era un establecimiento médico sino del orden de la represión**; el internamiento hablaba de la relación del hombre con lo que puede haber de inhumano en su existencia.

El gran encierro recibió el apoyo incondicional del mundo católico, que encontraba un nuevo lugar para exigir que se reconozca a Dios. "Muy a menudo esas nuevas casas de internamiento se establecen dentro de los muros mismos de los antiguos leprosarios; (...) En esas instituciones vienen a mezclarse así, (...) los antiguos privilegios de la Iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán del burgués de poner orden en el mundo de la miseria: (...) el deber de caridad y el deseo de

[25] Foucault, Michel, Las Palabras y las cosas, Barcelona, Planeta Agostini, 1985, pág.13 (citado por Guerci, Nora Marcela, *Prácticas en Salud Mental: Representaciones sociales en un medio hospitalario olavarriense*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales, 1998, p. 30).

castigar"[26]. El leprosario medieval tenía un sentido médico (allí el mal era visible), mientras que **el gesto que encierra** (y actúa sobre los secretos estigmas de la sinrazón) **"tiene significados políticos, sociales, religiosos, económicos, morales.**"[27] [el subrayado es nuestro]

La severa reclusión y exclusión exponía nuevas reacciones ante la miseria, la asistencia, y la ociosidad, "una nueva ética del trabajo, y también el sueño de una ciudad donde la obligación moral se confundiría con la ley civil, merced a las formas autoritarias del constreñimiento. Oscuramente, estos temas están presentes mientras se edifican y organizan las ciudades del confinamiento. Son ellos los que dan sentido a este ritual y explican en parte de qué manera la locura fue entendida y vivida por la edad clásica."[28] La sensibilidad para con la locura ya no era religiosa, era definitivamente social; en otras palabras, en Europa **la internación responde a una crisis económica del mundo occidental,** contexto en el cual la propia comunidad del trabajo "adquiere un poder ético de reparto que le permite rechazar, como a un mundo distinto, todas las formas de inutilidad social."[29]

Medida económica y de precaución social o invento institucional del siglo XVII, el confinamiento señala el acontecimiento definitivo "en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo."[30] Disponer entonces de un internamiento no es en lo absoluto un progreso de las ideas humanitarias. Según detalla el autor, durante la época clásica la locura ya no es signo de otro mundo: es la revelación del no-ser, se percibe como

---

[26] Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica I*, "Brevarios", México DF, Fondo de Cultura Económica, 1998, p. 86.
[27] Ibídem.
[28] Foucault, Michel, op. cit. p. 90.
[29] Foucault, Michel, op. cit. p. 116.
[30] Foucault, Michel, op. cit. p. 124.

diferencia; y el internamiento no puede más que corregir, suprimir aquella diferencia.

La experiencia de la locura tuvo dos modos distintos durante la época. En uno de los casos, se trató del sujeto de derecho o reconocimiento jurídico de la irresponsabilidad e incapacidad; el otro "halo distinto de sinrazón" comprende al hombre social y a la práctica misma del internamiento. Ambos conformaron dos modos de alienación, pero mientras en una locura y prohibición jurídica actúan sobre la libertad de la persona -limitan su subjetividad dejándola bajo el poder de un curador, en la otra "el loco es reconocido por su sociedad como extranjero en su propia patria"[31] y se le atribuye una culpabilidad moral. Entonces, se podría decir que el concepto de "alienación psicológica" es el resultante de una confusión antropológica entre las experiencias de la alienación (las limitaciones de la enfermedad y la condenación ética). Cuando finalmente la internación sea un acto terapéutico en el siglo XIX, esa unidad ininteligible producto del racionalismo clásico será difícil de desanudar.

La locura fue en la época clásica desorganización de la familia, desorden social y peligro de Estado**.** Esta primera impresión se organizó y perfeccionó en una consciencia médica que habría llamado enfermedad de la naturaleza lo que entonces sólo era reconocido en el malestar de la sociedad (la ciencia positiva quedó como forma encubierta de la consciencia de grupo). A su vez, las enfermedades venéreas y la locura se mezclaron en el imaginario moral; en el **siglo XVII** había un parentesco de la medicina con la moral, y en consecuencia una condena de carácter ético. Al anexar al dominio de la sinrazón "las prohibiciones sexuales, las religiosas, las libertades del pensamiento y del corazón, el clasicismo formaba una **experiencia moral de la sinrazón que, en el fondo, sirve de base a**

[31] Foucault, Michel, op. cit. p. 210.

nuestro conocimiento "científico" de la enfermedad mental."[32] [el subrayado es nuestro]

IV. 1. 2. 1. Conceptos, creencias y prácticas del siglo XXVIII.

"El siglo XVIII aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural
al orden de lo natural (...) sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre"
M.F.

Hasta el fin de la época clásica la internación tiene un doble aspecto: beneficio para los pobres buenos y castigo para los enemigos del buen orden. El siglo XVIII empezaría a medir la sinrazón según cierto apartamiento de la norma social. El fin era corregir, no curar, de ahí la ausencia de cuidados médicos. Ello incluía una exacerbada violencia: se ataba a los locos a paredes y camas de habitaciones insalubres aunque, según *Foucault*, este régimen no esperaba un arrepentimiento de parte del loco porque es una "imagen de la animalidad la que acecha entonces en los hospicios."[33] Aún cuando se han abandonado estilos y conocimientos del pasado, la psiquiatría del siglo XIX y la siguiente cargan con la herencia de aquellos nexos que la cultura clásica organizó a partir de la sinrazón.

Por otra parte, el siglo XVIII reconoce al loco con seguridad sin definir estrictamente la locura. Aquello que se había constituido en los siglos XVII y XVIII merced a las imágenes era una estructura perceptiva: ni un sistema conceptual ni un conjunto sintomático. El pensamiento y la práctica de la medicina no tuvieron la coherencia que hoy podemos adjudicarle, pero es la época clásica la que dio la plenitud de su sentido a la noción de locura. El vínculo de la locura con la animalidad se reemplazó luego por el de un medio contra-natura. La libertad, la religión y el tiempo, la civilización y la

[32] Foucault, Michel, op. cit. p. 170.
[33] Foucault, Michel, op. cit. p. 233.

sensibilidad eran las fuerzas que “arrastraban” hacia la locura. La enfermedad se considera el producto de un sentir excesivo: es decir por el abuso de las cosas no naturales, la vida sedentaria de las ciudades, novelas y teatro, pasión desmesurada por el sexo. En conclusión, **el loco es más culpable cuando prefiere al mundo sobre la naturaleza**.

En determinado momento, la estructura de la locura clásica oscila y cae “dentro de un dominio que ocuparán conjuntamente, para disputárselo inmediatamente, la psicología y la moral. La ´psiquiatría científica´ del siglo XIX ha llegado a ser posible.“[34] Respecto de las terapéuticas físicas y las medicaciones psicológicas en la época clásica no puede elaborarse una distinción; esto porque la psicología no existe. “En un caso, se trata de un arte de la *transformación de las cualidades*, de una técnica en la cual la esencia de la locura es considerada como naturaleza y como enfermedad, en el otro se trata de un arte discursivo y de la *restitución de la verdad,* donde la locura significa sinrazón (...), cuando la locura, confinada por completo en una institución moral, no sea más que enfermedad, entonces la distinción que acabamos de establecer tomará otro sentido; lo que era enfermedad dependerá de lo orgánico; y lo que pertenecía a la sinrazón, a la trascendencia de su discurso, será colocado dentro de la psicología. Así es precisamente como nace la psicología, no como verdad sobre la locura, sino como señal de que la locura está ahora desunida de su verdad que era la sinrazón.”[35]

Durante **el siglo XVIII la pareja médico-enfermo se vuelve sustancial**, y es ella “con las figuras imaginarias por las cuales se comunica, la que organiza, según los nuevos modos, el mundo de la locura.”[36] La reunión entre los universos de la sinrazón y de la medicina fue

[34] Foucault, Michel, op. cit. p. 461.
[35] Foucault, Michel, op. cit. p. 528.
[36] Foucault, Michel, op. cit. p. 321.

debido al miedo. Hubo interés por los internados, atención médica allí donde antes se castigaban faltas, por temor a las sustancias o poderes que amenazaban desde los muros. Es relevante que toda la nosografía de la época jamás haya tenido contacto con hospitales generales o manicomios, varios de los que estaban ahí compartían como característica “el furor”, no hacía falta mucho más para el encierro. Los rostros de la locura admitían los nombres de la demencia, la melancolía, la manía, la histeria, o la hipocondría, por citar algunos.

Foucault expresa que es “posiblemente decisivo en la determinación del lugar que debe ocupar la locura en la cultura moderna, que el *homo medicus* no haya sido convocado como *árbitro* en el mundo del confinamiento (...).”[37] Actuaba como guardián, no separaba locura de crimen, ni enfermedad y mal, porque el fuerte imaginario y el miedo de los hombres era lo que reclamaba atención. Es una “reactivación imaginaria”, no un conocimiento perfeccionado, lo que permite confrontar sinrazón y pensamiento médico. Ante la probabilidad del contagio tanto moral como de carácter físico, se procura neutralizar –en vez de suprimir- las casas de confinamiento, potenciales causantes del “nuevo mal”. Lo que se pretendía era un asilo “**que reúna todas las posibilidades del ejemplo y ninguno de los riesgos del contagio**. En resumen, un asilo restituido a su realidad de jaula.”[38]

Desde la segunda mitad del siglo adviene un nuevo orden en la historia: la percepción asilaria de la locura, la crítica política al confinamiento y su uso, también, como instrumento pedagógico y espectáculo demostrativo de los inconvenientes de la inmoralidad. Se generalizó una reflexión económico-social de la pobreza, la enfermedad y lo asistencial. Más

[37] Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica II*, “Brevarios”, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1998, p. 31.
[38] Foucault, Michel, op. cit. p. 33.

adelante predominaría la certeza de que el hombre pierde, con la locura, su propia verdad.

A finales del siglo XVIII, y gracias a un análisis de la modernidad, la consciencia de la locura se ubicaba dentro de un cuadro temporal, histórico y social. Cuando la civilización ofrece cada vez más diversas posibilidades de alienarse, **la locura se torna "la otra cara del progreso". Esta relación locura-historia desaparece, sin embargo, de la memoria del siglo XIX.** Antes era la riqueza, y ahora la miseria el medio responsable de que la locura se expanda**.** "**La locura** ya no será comprendida como contrapartida de la historia, sino como el anverso de la sociedad (...) se libra de lo que puede haber de histórico en el devenir humano, para alojarse en una moral social: **se convierte en el estigma de una clase que ha abandonado las formas de la ética burguesa**; y en el momento mismo en que el concepto filosófico de alienación adquiere un significado histórico por el análisis económico del trabajo, en ese momento mismo el concepto médico y psicológico de alienación se libera totalmente de la historia para convertirse en crítica moral en nombre de la salvación de la especie."[39] [el subrayado es nuestro] La locura aparece allí como condición de la duración del orden burgués.

Y es ella misma quien sufre un desgarramiento, mientras coexisten dos fuentes de experiencia irreconciliables: un "análisis médico", y una "percepción asilaria" que produjo mucho más que toda la nosografía del siglo XVIII por surgir de un espacio concreto que permite a la locura expresarse. Entre estas dos concepciones oscilará la psiquiatría clásica.

A partir de 1770 la proliferación del confinamiento retrocede. La realidad circundante registra depresión económica, malas cosechas, mendicidad en los puntos urbanos y en el campo: esto permite desligar al desempleo de la

[39] Foucault, Michel, op. cit. p. 62.

falta moral. Pero al tiempo que el Estado quiere ocuparse para desaparecerla, ésta también le es necesaria, ya que "porque la clase necesitada trabaja y consume poco, es por lo que puede enriquecerse una nación."[40] Así, desde otra perspectiva, el pobre retorna a la comunidad que antiguamente lo había contenido: el internamiento. Y respecto de la locura se está en condiciones de decir que paulatinamente ha tomado forma **la noción moderna**: sin verdaderas nociones novedosas, más bien con un retroceso, y a partir de una *separación* que "la hace aparecer finalmente aislada en la gran figura flagrante y arruinada de la sinrazón."[41]

IV. 1. 2. 2. Últimos pasajes en la conceptualización de la enfermedad.

> "La obra de los siglos XVIII y XIX (...) restituye a la enfermedad mental su sentido humano, pero aleja al enfermo mental del mundo de los hombres."[42]

El internamiento queda entonces reservado a "ciertas categorías de justiciables" y a los locos -encerrados para inmunizar a la sociedad contra el peligro que representan- pretendiéndose liberar al resto**. La conversión fue hacia un lugar de curación, donde la medicina comenzó a tomar posesión y donde se elaboraron nuevos conocimientos de carácter objetivo**; **la libertad fue empleada dentro del encierro como valor terapéutico**. En 1785 se sistematizaron los hábitos del hospital y del internamiento en una forma institucional, es decir que confluyeron la función médica y la función de exclusión. **Finalmente nació el asilo;** lo destacable es que la transformación no se produjo por la introducción progresiva de la medicina, fue debido a una reestructuración interna del

---

[40] Foucault, Michel, op. cit. p. 106.
[41] Foucault, Michel, op. cit. p. 122.
[42] Foucault, Michel, *Enfermedad mental y personalidad*, México DF, Editorial Paidós, 1988, p. 90.

espacio. En la obra foucaultiana, la alteración de los significados sociales de la locura y la crítica política de la represión, así como la crítica económica de la asistencia y la apropiación del campo del internamiento por la locura, o la liberación paulatina de todas las figuras de la sinrazón, son aquellos elementos que permitieron al **internamiento** ser el **lugar en que estaba la verdad de la locura, pero también el sitio propicio para su abolición**.

En el asilo no rige el castigo: el chaleco estrecho y firme cuyo fin es contener los brazos se convierte en un símbolo, aunque de ningún modo es la humanización de las cadenas. Las camisas de fuerza confirman que ya no onstituye, la locura, un enfrentamiento completo entre razón y la sinrazón, porque lo que se muestra es más bien un juego flexible entre la libertad y sus límites". Los **cambios definitivos en las condiciones de la experiencia que el clasicismo tenía de la locura** se producen cuando la locura queda, como en este caso " abierta al conocimiento en una estructura que, de entrada, es alienante."[43] Por otra parte, la locura se convierte en la primera figura de la objetivación del hombre (éste ahora puede conocerse). La posibilidad simultánea de ser loco y ser objeto abren camino a los postulados de la psiquiatría positiva y a la vez a los temas de una ciencia objetiva acerca del ser humano.

Las ideas de la época marcan que el loco necesita volver a sus relaciones humanas elementales, lo cual supone desaparecer todo aquello artificial que la sociedad depositó en él y que lo aleja de la naturaleza. La creación del Retiro, una casa de campo en un contexto de vida sencilla, sugiere que la locura no es más que una enfermedad de la sociedad. "Puede establecerse así, en el mito del Retiro, a al vez el procedimiento imaginario de la curación tal como es oscuramente supuesto, y la esencia de la locura tal como va a

[43] Foucault, Michel, op. cit. p. 184.

ser implícitamente transmitida en el siglo XIX: el papel del internamiento es reducir la locura a su verdad; la verdad de la locura es el hombre mismo en lo que puede tener de más primitivamente inalienable; lo que hay de inalienable en el hombre es a la vez Naturaleza, Verdad y Moral; es decir, la Razón misma; como el Retiro remite la locura a una verdad que es al mismo tiempo verdad de la locura y verdad del hombre, a una naturaleza que es naturaleza de la enfermedad y naturaleza serena del mundo, el Retiro recibe de allí su poder de curar (...). En adelante, todo dominio objetivo de la locura, todo conocimiento, toda verdad formulada sobre ella, será la razón misma."[44]

En esta nueva situación de encierro la palabra represión debe ser reemplazada por autoridad, sobre todo porque **el estado de menoría se torna un estilo de existencia** (antes la incapacidad era sólo cuestión jurídica, no una relación concreta entre hombre y hombre). Ahora se insiste en "el parecido con una ´gran familia´ que tiene la comunidad de locos y sus vigilantes en el Retiro. Aparentemente esta ´familia´ pone al enfermo en un medio a la vez normal y natural; en realidad, ello lo aliena aún más."[45] Además de caracterizarse por esta reconstrucción artificial de la familia (para el loco la razón tiene los rasgos del padre), el asilo se apuntalará sobre estructuras y símbolos anacrónicos. Por ser más humano es menos social; resulta un inadaptado dentro de su tiempo. Lo que se pretendía era "asegurar una continuidad ética entre el mundo de la locura y el de la sinrazón, pero practicando una **segregación social que garantice a la moral burguesa una universalidad de hecho**..."[46]

En el asilo la vida de los internos, médicos y vigilantes se organizó por medio de tres elementos esenciales: el silencio, el reconocimiento en el

[44] Foucault, Michel, op. cit. p. 208.
[45] Foucault, Michel, op. cit. p. 230.
[46] Foucault, Michel, op. cit. p. 238.

espejo (que invirtió su otrora función de cómplice y actuó como desengañador), el juicio permanente. **El asilo positivista no es sinónimo de terapéutica**, "**es un espacio judicial**, donde se acusa, juzga y condena, y donde no se libera sino por medio de la versión de ese proceso en la profundidad psicológica, es decir, por el arrepentimiento. La locura será castigada en el asilo, aunque sea inocente en el exterior."[47] En la institución, el médico resulta padre y juez, práctica de lo más paradójica si se recuerda que la enfermedad mental trataba de fundarse en el conocimiento.

La matriz de la locura se ubica **en el estilo de vida del asilo**, donde "**están simbolizadas las grandes estructuras de la sociedad burguesa y de sus valores**; relaciones Familia-Hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal; relaciones Falta-Castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata; relaciones Locura-Desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral. Es de allí de donde extrae el médico su poder de curación; y es en la medida en que, por tantos viejos nexos, el enfermo se encuentre ya alienado en el médico, en el interior de la pareja médico-enfermo, como el médico tendrá el poder casi milagroso de curarlo."[48] Posteriormente *Freud*, de acuerdo con lo que *Foucault* indica, puso en el médico la totalidad de las estructuras y valores que actuaban en el confinamiento, y si por un lado le posibilitó al loco salir del asilo no lo liberó definitivamente al crear la situación psicoanalítica. En síntesis, "se quitan las cadenas que impedían el uso de su libre voluntad, mas para despojarlo de esta voluntad misma, transferida y alienada en la voluntad del médico. El loco está a la vez completamente libre y completamente excluido de la libertad."[49] **No se libera a los locos, se objetiva el concepto de**

[47] Foucault, Michel, op. cit. p. 251.
[48] Foucault, Michel, op. cit. p. 257.
[49] Foucault, Michel, op. cit. p. 267.

su libertad. En consecuencia, **el loco es desde entonces un objeto médico**. Luego de este extensísimo recorrido el médico llegó a ser la figura primordial.

Hay una serie de antinomias que acompañarán durante todo el siglo XIX a la reflexión sobre la locura; tal sistema está constituido por una coherencia oculta. El hombre, su locura y su verdad son los tres términos antropológicos que sustituyeron la estructura binaria de la época clásica (verdad/error, mundo/fantasma, ser/no-ser). En definitiva, el extremo opuesto de la experiencia clásica implica que "el loco ya no es el insensato en el espacio separado de la sinrazón clásica; es el alienado en la forma moderna de la enfermedad (...); es inocente porque no es lo que es; es culpable de ser lo que no es. La gran separación crítica de la sinrazón es reemplazada ahora por la proximidad, siempre perdida y siempre recuperada, del hombre y de su verdad."[50]

Este recorrido histórico explica por sí solo muchas de las concepciones y juicios que aún hoy existen sobre la salud mental, un concepto que surge del corrimiento del eje centrado en la Enfermedad Mental (como lo veía la medicina y la sociedad del siglo XVIII y XIX) para mucho tiempo después centrarse en la promoción de la salud y la prevención. Varias de las actuales percepciones son un "arrastre cultural" y permanecen afianzadas como una tradición; un concepto más integral de la salud mental entra en colisión con ellas.

[50] Foucault, Michel, op. cit. p. 288.

IV. 2. Salud y Comunicación.

A la comunicación (campo que aún debate sus especificidades) se la ha analizado como hecho técnico, desde un punto de vista organizacional, haciendo sociología de los medios, a partir de los elementos de la lingüística, semiótica y sociosemiótica, etc. A ello debe incluirse un eje más, de carácter multidimensional: "se trata del estudio de la **circulación social de significaciones**, **la constitución de las creencias y el sentido común de una época, la transformación de las representaciones y los imaginarios sociales**, la conformación de la identidad y la designación de la alteridad."[51] [el subrayado es nuestro] Esto habla del potencial en la relación Comunicación/Salud, donde una de las ligazones tiene que ver precisamente con la idea base de construcción social, con los discursos que circulan en la comunidad y contribuyen a las representaciones sociales en derredor de las nociones de salud y enfermedad.

[51] Papalini, V, Jalones para una reconfiguración del campo de la investigación en comunicación, III ENDICOM, 1999 (citado por Cilimbini, Ana y Ortiz, Claudia, en Comunicación y salud: zonas de debates y emergencia de nuevos interrogantes).

Según se observa, “el concepto de salud debe expresarse como una construcción social, por cuanto diversos factores de orden social, político, económico y cultural, se incorporan y se articulan para manifestar los diversos significados que las poblaciones poseen acerca del mismo. Y por otra parte (...) es la expresión de una disputa simbólica entre el discurso científico, el político y los saberes denominados populares.”[52] Es en estos aspectos donde entra en juego la comunicación, la transversalidad de discursos que configuran el campo de la salud y la salud mental, a la que consideramos parte indisociable de aquella. La forma de conexión Comunicación/Salud es, por supuesto, mucho más que la producción de materiales de comunicación necesarios para la dinámica institucional de los nosocomios -esto considerando, además, la actual tendencia a salir del modelo hospitalocéntrico. Lo que existe dentro de las organizaciones son cruces discursivos, “espacios significativos donde se producen diversos atravesamientos, de valores, creencias, representaciones de un grupo particular.”[53]. Allí se articulan los saberes de profesionales y pacientes, la historia de la propia institución, la de cada sector comunitario y también la red de significaciones que actúa como vínculo. La revista que procuramos poner en funcionamiento, como discurso que examina algunas prácticas y comparte o alienta otras, será ese espacio transversal a las múltiples profesiones, instituciones y grupos; un articulador a partir de la temática de la salud mental.

“Las concepciones sobre la salud y la enfermedad en general, sobre algún tipo de padecimiento específico, como es el caso de un padecimiento

---

[52] Cilimbini, Ana y Ortiz, Claudia, *Comunicación y salud: zonas de debates y emergencia de nuevos interrogantes*, V Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación [en línea]. Asociación Latinoamericana de investigadores de la Comunicación (2000). Localización de la parte dentro del sitio<http://www.eca.usp.br/alaic/chile2000/10%20GT202000Com%20e%20Salude/Ana%20Cilimbini%20&%20Claudia%20Ortiz.doc> [consulta: julio 2004].

[53] Ibídem.

crónico, condicionan los significados (...) y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá."[54] Las representaciones sobre la salud mental que la comunidad maneje, entonces, ejercerán su influencia sobre cada una de las personas que la compongan, de modo favorable o no. Las representaciones sociales son entendidas como "los conocimientos específicos, los saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1993).[55] Están marcadas por el contexto del que emergen, por las comunicaciones que les permiten circular y por la función que cumplen en la interacción con el entorno. En consecuencia, uno de sus condicionantes son las fuentes de información sobre las cuales se conformará el tipo de representación.

Trasladándolo a la revista de salud mental y su proyección, la misma tendrá su grado de injerencia sobre los modos de interpretar y pensar la realidad cotidiana que los sujetos construyen en torno de la temática. La publicación fue elaborada para diversas disciplinas (no es exclusivamente un material sobre psicología, o sólo de psiquiatría) e incluso con una mirada desde las Ciencias Sociales, porque no entendemos a cada una de estas áreas como compartimentos estancos sino permeables y potenciables a partir de las otras. "***Ensamble***" puede constituir para la población una alternativa de búsqueda y de conocimiento: el conjunto de investigaciones, artículos contextualizados y de fondo -con abordaje de la realidad local, con soluciones diseñadas en otros ámbitos- será una visión que a posteriori disputará su legitimidad al interior de las representaciones sociales.

---

[54] Torres López Teresa Margarita (1999) "Sangre y Azúcar. Representaciones sobre la diabetes de enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México". Tesis para obtener el doctorado en Antropología Social y Cultural. Universidad Rovia y Virgili, Tarragona, España.

[55] Torres op. cit. (envía a Jodelet D., La representación social: fenómenos, concepto y teoría, 1993).

Desde una lógica diferente, trabajar la conexión entre Comunicación y Salud en Latinoamérica implica remontarse a "**Comunicación y desarrollo**", o "Comunicación y educación"; a partir de allí es factible esbozar ciertas concepciones y los modos en que la comunicación ha sido comprendida en la gestión del desarrollo social y la promoción de la salud.[56] Desarrollo o cambio social son palabras que tienen un emergente: ¿qué significa mejorar la calidad de vida del pueblo?, pues sólo requisitos como justicia social, equidad, paz, y respeto por el medio ambiente otorgan legitimidad a un discurso sobre la salud. En ausencia de ellos ¿puede existir una calidad de vida saludable? En los contextos actuales de Latinoamérica, por ejemplo, este concepto de promoción de la salud estalla.

La relación entre Comunicación y salud, mirada desde el desarrollo, pasó por varios momentos en estos países del continente. En principio se contempló apenas como infraestructura, luego se la redujo a la noción de información, más tarde la salud estuvo atravesada por la idea de participación (aunque ese diseño de propuestas excluyó las culturas populares). Después se fijó la atención en los contenidos, hasta que finalmente el vínculo giró hacia otro ángulo: cómo se construyen las políticas en lo referido a la salud. El concepto de comunicación también se ubicó en diferentes modelos: persuasión; divulgación de saberes de salud; intercambio y negociación; idea de interacción y red, que está primando para construir saberes sobre salud (aquí entra a jugar el cambio social y las mejoras de salud de la población). Es imprescindible que la construcción de lo público no quede desprovista de lo ético, las discusiones sobre

[56] Cardozo, Marta y Pereira, José Miguel, "Comunicación, desarrollo y promoción de la salud- enfoques balances y desafíos" (Ponencia), La Plata, 7° Congreso Latinoamericano de Investigadores en Comunicación (ALAIC), 11 al 16 de octubre de 2004.

prevención y promoción no pueden quedar al margen de la sociedad. De allí la importancia de la participación y en lo comunicativo, una activa labor a partir de lo local, para potenciar la capacidad de expresarnos. Esto habla en concreto de un proceso de participación y de una movilización ciudadana en función de la salud.

Como podrá observarse, la mencionada concepción concuerda con la referencia de un periodismo social que apuesta a que el ciudadano tenga poder de decisión e intervención responsable. Y al mismo tiempo con las tendencias en salud donde se trabaja hacia la inclusión de la comunidad para recuperación de aquellos que tienen algún padecimiento en su salud mental.

IV. 3. Diversidad de paradigmas en Salud Mental.

Al comenzar a explorar la salud mental, advertimos que no existe un concepto único de ésta, una definición generalmente aceptada, sino más bien una **polisemia**. A su vez, es posible identificar diferentes **paradigmas científicos** (en vigencia o a lo largo del tiempo), así como distintos **modelos médicos**; e incluso una confusión entre lo que se circunscribe a la salud mental y lo referente a enfermedad mental. En este caso, el marco teórico que guiará y fijará posición del producto comunicacional elaborado, contempla la noción de Salud Mental como construcción cultural. Decir que la salud mental es una construcción social significa también que “el concepto va más allá de lo intrapsíquico (lo subjetivo), tiene otras implicaciones (sociales) por lo cual también es una problemática que no sólo

se refiere al ámbito médico. Y en consecuencia, la salud mental no es reductible a indicadores biologistas."[57]

IV. 3. 1. Paradigmas y modelos.

Las dificultades para definir el concepto de salud mental se deben a numerosas causas. En primera instancia, según el Diccionario crítico de Ciencias Sociales[58], **este concepto posee un contenido altamente valorativo**: "las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y período histórico (...) Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza."[59] En segundo término, **de acuerdo a cada modelo psicológico o médico surgen distintas descripciones de los "procesos psicológicos" vinculados a la salud o la enfermedad**, y en este sentido puede mencionarse:

- Explicación de los desórdenes mentales a partir de trastornos producidos en el cerebro por desequilibrios humorales en la Antigüedad Clásica.
- Alejamiento voluntario de la razón para los siglos XVII y XVIII.

---

[57] Coria, D, y Elizalde, C, "Notas sobre salud mental", en AAVV, *Primer Informe del Observatorio Social*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), 1 de octubre de 2003 p. 27.

[58] Alvaro, José Luis, Salud Mental [en línea]. Universidad Complutense de Madrid (2002). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.Ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm> [consulta: julio 2004].

[59] Ibídem.

- Predominio de explicaciones somáticas y consideración del desorden psicológico como disfunción cerebral que requiere tratamiento moral en el siglo XIX.
- Introducción del psicoanálisis, expansión de la clasificación de las enfermedades, desarrollos científicos en neurología, fisiología, bioquímica (psiquiatría organicista), auge de la psicofarmacología, hasta llegar a concepciones psicosociológicas de la salud y la enfermedad, todo ello durante el siglo XX.

Otro elemento interesante resulta de observar las representaciones populares que giran en torno de la enfermedad mental: antes de los modelos psicológicos y sociogenéticos el asunto se debía a posesiones diabólicas, desviación social o enfermedad física. Retornamos, así, a la idea de polisemia: "la diversidad de modelos explicativos (...) y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental."[60] Por otra parte, las discrepancias también son producto de la **carencia de un criterio unificado para el diagnóstico de lo mental.**

"Finalmente, existe también una **notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental**, ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como ausencia de la otra. Una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma."[61] [el subrayado es nuestro] Para definir una enfermedad continúa usándose como referencia el *Manual Estadístico y diagnóstico de trastornos mentales* (**TSM4**), basado en el hallazgo de síntomas prolongados y comportamiento social desajustado: en lo cotidiano, éste presenta una

[60] Alvaro, J.L. op. cit. (envía a Warr, Work unemployment and mental health, 1987).
[61] Alvaro, J.L. op. cit. (envía a Johada, Current, *Concepts of positive mental health*, 1980).

cantidad de fallas, porque fue elaborado no como un tratado sino más bien como un acuerdo de terminología que permitiera asignar recursos y planificar, pero su traslado a los casos concretos hace que el sujeto quede individualizado dentro de cierta categoría sin que eso implique un examen científico teórico. Varios factores se traducen en que en la sociedad hay problemáticas no detectadas. Gastón Lestart, especialista de salud mental en el ámbito hospitalario, califica al TSM4 como un paquete económico para conducir a las Pre-pagas y asignar, por citar un ejemplo, el "costo" de un esquizofrénico. Lo que ha hecho la OMS es más criterioso, más amplio en su diagnóstico y no pierde de vista el tipo de tratamiento: la Clasificación Internacional de Enfermedad, **CIE10,** incluye la lista codificada de trastornos y diagnósticos, todas las enfermedades y exclusivamente la parte de salud mental. Algunos hospitales usan como parámetros de diagnóstico ambos códigos, pero el TSM4 es secundario.

En otros estudios sobre salud mental, la enfermedad es "como un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. Desde esta perspectiva diferentes autores como Johada o Warr han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc."[62] Consideraremos como premisa básica que la salud mental es mucho más que la falta de trastornos. Observando, por otro lado, los efectos negativos que ciertos factores producen sobre la salud mental de las personas, muchos estudios incluyen "el desempleo o los procesos migratorios, así como las diferencias encontradas entre ambos sexos o

[62] Alvaro, J. L. op. cit.

entre clases diferenciadas por su status económico”[63], lo cual vislumbra la presencia innegable de lo social.

En concreto, se está en condiciones de afirmar que salud y enfermedad mental en cuanto conceptos “son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Las concepciones de la salud y la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes.”[64] Ya **en 1946 la OMS definió a la Salud como un estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia**. Aceptar esta noción implica que la salud mental es una parte indisociable de la mencionada definición de salud, e incluso un elemento implícito. Específicamente, se trata de un concepto dinámico que “está ligado a las condiciones de vida, los avances científicos y a la evolución de la cultura (...) Así, pues, el concepto de salud tenemos que entenderlo de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio [esta noción será revisada posteriormente] entre el hombre y el medio ambiente.”[65]

Además de las definiciones de la OMS nos encontramos con la visión y las acciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundada en 1902. Si bien éstas no son especialmente concepciones sobre salud mental, corresponden a la salud que es donde aquel concepto se enmarca:

---

[63] Ibídem.
[64] Pacheco Borella, Germán. Recopilación sobre salud mental [en línea]. Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (s. f.). Localización de la parte <http://www.aesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm> [consulta: julio 2004].
[65] Ibídem.

1. “La salud, tanto individual como colectiva (...) es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive.”
2. La condición de “sano” y “enfermo” son dos momentos de un mismo proceso (estas dos primeras consideraciones pertenecen al año 1992).
3. La tendencia actual contempla la salud en términos positivos, dinámicos, holísticos y ecológicos.

IV. 3. 2. Salud y comunidad.

El director del Centro de Estudios Comunitarios de la Universidad Central Marta Abreu de las Villas (Cuba), *Ramón Rivero Pino*, propone la siguiente definición:[66] **debe entenderse por salud la mayor o menor capacidad humana para la identificación de las contradicciones, de los conflictos, los malestares (sobre todo desde sus causas), y la disposición a superarlas, a través de la construcción de proyectos de vida alternativos, denominados “proyectos de autodesarrollo”**. Proyectos de autodesarrollo porque son los que tienen que ver con la actividad consciente del individuo, del grupo, de la comunidad, en función de identificar esas contradicciones y plantearse las alternativas. **A esto se añade el componente ético**.[67]

Al emprender un trabajo de tipo comunitario, lo esencial es preguntarse qué entendemos por “saludable”, ya sea para una persona, grupo o comunidad. La práctica profesional dependerá de esta primer concepción. A

[66] Pino, Ramón Rivero, Curso Taller de Postgrado “Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo”, Olavarría (U.N.C.P.B.A.), 30 de julio de 2004.

[67] El concepto de salud comunitaria que pondera el Centro de Estudios Comunitarios pertenece a Mirta García Cuco, quien considera “la salud individual y social como la mayor o menor capacidad de las personas de identificar y disponerse a superar el sistema de contradicciones existentes en la estructura social a la cual pertenecen”.

partir de 1990, cuando aquel país experimenta una gran crisis económica que desató también crisis en lo ideológico, desorientación de valores en una parte considerable de la población y especialmente en los jóvenes, el Centro de Estudios se replanteó cómo incidir para que con el trabajo comunitario realmente se superara la crisis. Asumieron una posición tras reflexionar el concepto de la Organización Mundial de la Salud del año 1971, que propone la consideración de la persona, grupo o comunidad saludable, entendida como completo estado de bienestar biopsicosocial: advirtieron que **era una noción utópica, ahistórica e irrealizable, porque** "**en las sociedades que vivimos**, (...) **el poder se establece siempre en función de determinados intereses**, de clase, de grupos."[68] **Este proceso genera determinados niveles de desigualdad social e inequidad**, **contradicciones que ocasionan conflictos, malestares y angustia. Donde el algoritmo que funcione es éste ¿de qué completo estado de bienestar biopsico y social puede uno hablar?** ¿Qué sentido tiene?

Esa fue la pregunta que en estos profesionales cubanos originó un cambio, dado que la formación de sus médicos funcionaba a partir del **concepto de la OMS**, **cuyo mensaje implícito portaba** –desde su punto de vista- **un contenido muy alienante**. Todo se resuelve con el equilibrio, es decir, completo estado de bienestar biopsico y social significa que la persona viva en equilibrio pero, ¿equilibrarse con qué? Si la "felicidad eterna" es entendida como la capacidad personal y grupal de adaptación al orden socialmente establecido, aquí entran a jugar las nociones de sometimiento, los criterios que establecen los grupos que detentan el poder, y en consecuencia nace un nuevo interrogante: cuando la meta sea lograr el

[68] Pino, Ramón Rivero, Curso Taller de Posgrado "Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo", Olavarría, 2004 (4 cassettes).

equilibrio o ajuste de la persona a lo socialmente establecido, aún cuando esto sea adverso y enajenante, ¿qué sucederá? Si bien existe una mirada oficial sobre la salud, es indispensable una mirada crítica sobre el concepto. Desde su perspectiva, no hay que centrar la mirada sobre la enfermedad y ofrecer remedios sino "operar" con el modo de vida y la capacidad de la población. No significa "considerar a las personas como objetos, por el contrario, es ofertar recursos que disparen su reflexión crítica sobre la realidad y potencien su autonomía y protagonismo en la toma de decisiones para encontrar soluciones a sus necesidades."[69]

En este mismo sentido se interroga el médico *Osvaldo Landoni* (quien participó en la elaboración de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en el 2003): **¿se puede ser normal en una sociedad o comunidad enferma? ¿El normal tendría que intentar transformarla? Cuando no la transforma y acepta esto ¿sigue siendo normal?** ¿Está enfermo de normalidad...? *Rafael Abranovici*, otro integrante del Proyecto, trae a consideración la visión del normal como "un enfermo de realidad", pensando esa realidad aparente que se presenta como discurso oficial; aún cuando el ideal es menor sufrimiento subjetivo, lo importante es cómo se lee el sufrimiento. *Abranovici* y *Rivero Pino* adhieren a la idea de que una persona o una comunidad saludable tiene problemas; ahora bien, lo que se debe investigar es por dónde se manifiestan dichos problemas Es decir, si hay aceptación del conflicto y recursos destinados por la comunidad, ya consciente en algún modo de que **la salud implica "procesar" esos problemas que se tienen**.

---

[69] Pino, Ramón Rivero, "La adecuada comprensión de la salud comunitaria como principio para la intervención comunitaria", Material teórico del Curso Taller de Posgrado "Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo", Olavarría, 2004.

IV. 3. 2. 1. La participación.

Landoni cree interesante repensar la capacidad de amar en un sentido social, el vínculo con el prójimo no reducido al núcleo familiar sino entendido como el afrontamiento de las situaciones de conflicto**.** *Rivero Pino* especifica que se trata de actuar con conocimiento de las causas y en función de necesidades reales. Dicha acción será ética, democrática, de aprendizaje, y promoverá vínculos intersubjetivos. Finalmente, ello deberá traducirse en proyectos precisos que generen la emancipación de la persona; el grupo es el espacio ideal para la concreción del proceso de participación.

Esta concepción de salud iba acompañada de un análisis sobre **los roles sociales,** ese "conjunto de derechos y obligaciones, que devienen de normas y expectativas socialmente establecidas, y que se adjudican a las diferentes posiciones de la estructura social."[70] El conjunto de roles que desempeñamos tiene que ver con normas tanto jurídicas como morales. Esto quiere decir que "la actividad cotidiana de cada ser humano, tiene la impronta del sistema de pautas culturales predominantes en la sociedad en la que vivimos. **El ejercicio permanente del desarrollo de los roles sociales transcurre entonces de manera acrítica**."**[71]** No reflexionar sistemáticamente sobre lo que hacemos origina una reproducción de lo pautado y la pérdida simultánea de la capacidad de cuestionar las causas de los malestares. Trabajar por la salud de las personas implica, necesariamente, reflexionar para descubrir las alternativas. Porque es imposible potenciar la salud del otro –desde la perspectiva del trabajo comunitario- sin promover "la conciencia crítica del contenido de los roles

[70] Pino, Ramón Rivero, Curso Taller de Posgrado "Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo", Olavarría, 2004 (4 cassettes).
[71] Ibídem.

sociales."[72] Para ello, en primer término, se requiere un contexto de profesionales saludables que no asuman acríticamente su cotidianeidad.

Uno de los elementos para la construcción social de la salud mental tiene gran vínculo con la participación -entendiéndola en sentido amplio, desde la definición de líneas de salud en lo que puede ser un hospital hasta la acción comunitaria. Así lo considera *Landoni*, quien legitima la idea de no interferir, sino de permitir que el paciente, ahora podríamos ampliarlo a la comunidad, pueda procesar su crisis, su propio sufrimiento. Los profesionales que trabajan en salud mental no pueden quedar al margen del concepto de "inclusión participativa", lo cual difiere de la simple intervención ya que se hace circular dentro de la institución "las cosas conflictivas y las cosas saludables, las cosas que pueden enfrentar el conflicto y elaborarlo. Para lo cual no son prevenciones como las clásicas, que son puntuales, sino que hay que gestar un proceso."[73] Se trata de efectivizar la participación para que no sea un "experto" que viene al grupo a decir lo que debe hacerse. *Gastón Lestart*, especialista en salud mental, asegura: "a veces las instituciones respondemos más a la demanda de la policía, de los jueces que a la demanda de la sociedad con la enfermedad. Si la sociedad tuviera más conciencia de este tipo de enfermedades, así como son solidarios en otras cuestiones, también podrán ser solidarios en éstas. Sobre todo en pacientes que tiene dificultades en obtener tratamientos ambulatorios y se vuelven a internar, familias que están desgastadas por la enfermedad y ya no les prestan atención."[74] En otros países hay familias que adoptan personas con alguna enfermedad mental, casas donde pueden vivir y al mismo tiempo salir a trabajar para

---

[72] Ibídem.
[73] Entrevista al Dr. Rafael Abranovici, especialista en salud mental, 07 de agosto de 2003 .
[74] Entrevista al Dr. Gastón Lestart, especialista en salud mental, 2003.

sostenerse. En los psiquiátricos de La Habana hay talleres organizados y los pacientes que salen del hospital pueden ir a desempeñarse en fábricas donde ya tienen un puesto de trabajo destinado a su tipo de ´discapacidad´. De lo contrario, la indiferencia conllevaría una marginación y discriminación insalvables.

IV. 3. 2. 2. Salud comunitaria.

Según entiende *Rivero Pino,* el comncepto de salud de la OMS "evade las diferencias sociales y las implicaciones que emanan de la estructura socio-clasista de las sociedades actuales."[75] Las sociedades modernas tienen un orden establecido que representa intereses minoritarios y genera en el resto de la población síntomas de malestar y sufrimiento. En Argentina, los niveles del desempleo, pobreza e indigencia lo dicen todo. Si el mundo impone legitimar la acriticidad de todos los sectores sociales en la vida diaria –asegura el director del centro de Estudios Comunitarios- y **se vende el síndrome de la pseudo-participación para que nada cambie, ese contexto impide que exista lo que denominan "completo estado de bienestar."**

Es necesario, por tanto, promover la idea de que las contradicciones sociales pueden abarcar todas las esferas y niveles de la organización (lo macro-social, institucional, grupal o individual), ejerciendo influencia directa sobre las relaciones de la vida cotidiana. Los malestares que jamás son objeto de cuestionamiento van deteriorando la salud humana. En cambio, "un individuo conocedor de las contradicciones de la estructura social a la

[75] Pino, Ramón Rivero, "La adecuada comprensión de la salud comunitaria como principio para la intervención comunitaria", Material teórico del Curso Taller de Posgrado "Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo", Olavarría, 2004.

que pertenece y por tanto en potencialidad de enfrentar su solución, es un individuo con conocimiento de causa y libre."[76]

Concebir la salud en términos comunitarios significa que no puede ser ajena a las particularidades de la región y sus ciudadanos (aquí se ve claramente que la salud es una construcción social y cultural). De esta manera es como se introduce una vertiente ética, ya que dicha concepción debe ser construida a partir de valores, creencias y principios promovidos socialmente por los miembros de esa comunidad.

V. CONTEXTO REGIONAL.

V. 1. América Latina.

Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, 5 corresponden ya a trastornos mentales (según estimaciones de la OMS). Este ya es un dato ineludible. La Organización Panamericana de la Salud asesora a los gobiernos de la región para que cambien su legislación sobre salud mental, y con el objetivo de reorientar sus prácticas hacia una "atención más humana y eficiente", lo que equivale a focalizar la acción en servicios ambulatorios, hospitales de día y para la comunidad. Posee como prioridad algunas enfermedades específicas, tanto psiquiátricas como neurológicas, que son la depresión, la epilepsia y la psicosis crónica. Las dificultades socioeconómicas son un factor de peso al momento de asistir a los distintos países, aunque bastante más grave resulta que la psicosis no sea atendida de manera adecuada o la depresión sea considerada en gran medida flaqueza y no una enfermedad. En las poblaciones indígenas por

[76] Ibídem.

otra parte, es alto el número de suicidios e inexistente la atención en salud mental.

La OPS monitorea además la situación de los Derechos Humanos de los enfermos mentales en América Latina y el Caribe. Al respecto considera que el avance en materia de defensa de estos derechos es muy leve. En numerosos hospitales psiquiátricos continúa siendo sistemáticamente violado el derecho a la salud mental. En general existe una visión equivocada y prejuicios. Los enfermos son maltratados en hospitales que se asemejan a prisiones. En otros espacios, sin embargo, se observa la implementación de talleres artísticos, modificación de infraestructuras y difusión de nuevas prácticas.

Otra temática a destacar es la violencia, aunque su abordaje como problema de salud pública es reciente. La OMS y OPS reconocieron en ella una amenaza y dieron a conocer que los actos violentos contribuyen al 15% de la carga mundial de enfermedad, aunque no hay aún indicadores adecuados que midan su total intensidad. Mientras en Europa y Estados Unidos el fenómeno de estudio lo constituye la violencia en el ámbito laboral, en América Latina el estudio de conductas violentas se orienta hacia el análisis de la violencia física interpersonal (en la familia, en la pareja, hacia los niños, etc).[77]

V. 2. Argentina

La incorporación de la psicología en la vertiente psicoanalítica permite problematizar de manera diferente el proceso de salud-enfermedad y quebrar la “delimitación biológica”. Parecía posible relegar el discurso

[77] Corsi, Jorge y Peyrú, Graciela, *Violencias Sociales*, (“Estudios sobre violencia”), 2° edición, Buenos Aires, Editorial Ariel, julio de 2004.

médico hegemónico, pero la realidad fue otra: “con el período que se abre con la dictadura militar en **1976** en Argentina, (...) se produjo una desarticulación de todas las instituciones públicas y el desmantelamiento de los servicios de salud mental. Así, quedó *suspendida* la formación de una corriente de reflexión y práctica en salud desde una visión integral.”[78] La democracia recuperó sólo una parte de aquello: nuevos lineamientos sanitarios en algunas provincias se centraron en la primarización de la salud y capacitación permanente de recursos humanos. Esto contribuyó a la creación de servicios con enfoque comunitario y la formación de equipos interdisciplinarios de atención en salud (integrados por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y también comunicadores sociales). Empero, la política de los años noventa –época de las grandes privatizaciones- suscitó graves consecuencias: achicamiento presupuestario para las actividades comunitarias y de capacitación, eliminación de los equipos interdisciplinarios para determinadas provincias y la redefinición de las funciones del sistema manicomial.

El desmantelamiento del aparato estatal y con ello de los sistemas sociales garantes de los derechos de la población, como salud, justicia, seguridad y educación, debe analizarse en un marco global: los países del *Tercer Mundo*. El sistema de salud mental argentino se presentaba como un excelente ejemplo ya en 1990: “desarticulado, desmembrado, en donde la población no cuenta con servicios de internación a corto y mediano plazo suficientes. Los servicios de psicopatología se sostienen con un 80 % de personal ad honorem (...) Los servicios de guardia especializada son casi inexistentes; faltan políticas de mayor integración con el sistema educativo, con la minoridad, con el sistema penitenciario; se intenta incluso desmantelar centros de salud mental con la engañosa propuesta de

[78] Cilimbini y Ortiz op. cit.

atención primaria en salud, que terminan convirtiéndose en centros de atención primitiva."[79]

En el Hospital Moyano, por citar un ejemplo, la comida constituía un bien preciado, y el hecho de que hubiese alimento ya era un hecho importante; pero más lo era acceder a esa comida: por falta de personal la distribuían las pacientes más lúcidas, es decir, el resto quedaban desprotegidas. La situación tenía como protagonistas a 1650 internas y un personal de apenas 15 enfermeras con 3 médicos. En el psiquiátrico para mujeres morían 47 pacientes ese año. [80]

Hoy en día, el sistema público de salud se muestra deteriorado tanto en infraestructura edilicia, equipamientos, insumos, como recursos capacitados. Numerosos trabajadores poseen ingresos reducidos e insuficientes, y si ha habido una generalización de los llamados "contratos basura" los empleados no poseen aportes jubilatorios por no formar parte de la planta permanente, lo cual sucede tanto en hospitales como en unidades sanitarias. En 1957 había sido fundado un Instituto Nacional de Salud Mental como organismo descentralizado y autárquico, dotado de fondos propios. Por lo tanto la legislación es un complemento de la crisis socioeconómica y ambas son puntos claves para comprender la situación actual, ya que distintos gobiernos desmoronaron estructuras creadas o no dieron importancia alguna al tema. El Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires asume que tanto la provincia como el país se distinguen por un desarrollo anárquico de los sectores responsables de la atención junto a fuertes intereses corporativos.

---

[79] Tollo, Miguel, "La locura como desconocimiento de la realidad", *Hospital Moyano: Debate o Silencio*, Volumen 1 (Mesa redonda y debate: La salud, derecho humano fundamental), diciembre de 1990, pp. 8-14.

[80] Carlos Casinelli, "El Moyano: algunos avances", *Hospital Moyano: Debate o Silencio*, Volumen 1 (Mesa redonda y debate: La salud, derecho humano fundamental), diciembre de 1990, pp. 19-22.

En síntesis, se carece de instrumentos legales idóneos, de una ley que jerarquice la salud por sobre la enfermedad, considere la promoción, protección y prevención de la salud mental, favorezca el acceso de la población, jerarquice la atención primaria de la salud mental y se sustente, en definitiva, en una concepción verdaderamente interdisciplinaria.[81] Existe –y esperamos que pueda ser revertido- una fuerte necesidad de "formular políticas de salud mental y reestructurar sus servicios a fin de lograr la descentralización y atención en la comunidad."[82] Aún cuando se trabaje en el área desde la multidisciplina e interdisciplina, la legislación suele tener un sesgo asistencialista que, sumado a los inconvenientes propios de los sistemas de salud en Argentina, entorpecen aún más la labor cotidiana.

Las crisis económicas que caracterizan a nuestro país no se restringen al mercado, y evidentemente su ligazón con la salud es tan importante como otros efectos que podrían ser contemplados en primer plano. Pese a ello "**han sido siempre evaluadas con parámetros económicos, pero nunca se le dan a los parámetros sanitarios la importancia que tienen en el largo plazo**. Uno de los parámetros sanitarios que no han tenido en cuenta es el estado de la salud mental de la población**"[83]** (el Ministerio de Salud de la Nación señala en sus lineamientos

---

[81] Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos aires (Buenos Aires). Posición del CPPBA respecto de la media sanción dada por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires con fecha 13 de noviembre de 2003 a un proyecto de ley referido a Salud Mental (expte. D/02-03) [en línea]. Buenos Aires: CPPBA, 2004. <http://www.colpsiba.rg.ar/brebes/saludMental.htm> [consulta: mayo 2004].

[82] Kraut, Alfredo, La salud mental no es un tema sólo para médicos [en línea]. Redacción Sitio del Area Periodismo- Facultad de Derecho y Ciencias Sociales- Patagonia Argentina (2003). Localización de la parte < http://old.clarin.com/diario/2003/06/18/o-576223.htm%20> [consulta: junio 2004].

[83] Cortesi, Santiago, "La salud mental y la crisis argentina" [en línea]. Buenafuente.com (6 de Enero de 2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449> [consulta: julio 2004] .

para la salud mental una “vigilancia epidemiológica” que incluye ciertas notificaciones e indicadores[84]).

Ante la ausencia de estos parámetros, ¿qué cifras recrean el estado de situación?. Dos estudios difundidos en el 2003 marcaban la relación estadística de la crisis con un marcado deterioro en la salud mental. Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la cantidad de argentinos deprimidos se había incrementado un 17% respecto de los datos del 2001. De cada 10 argentinos, 4 manifestaban sentirse “deprimidos” con frecuencia o todo el tiempo, adjudicando esta situación a temas laborales o económicos en un 70% de los casos. Esta encuesta nacional no hizo más que confirmar lo que se temía, y lo que otras investigaciones a escala provincial ya habían determinado. En la provincia de Tucumán, las consultas en salud mental habían sufrido un aumento del 30% en el sistema público durante el 2002, mientras que en la provincia de Mendoza se registró casi un 25% más de consultas en neuropsiquiátricos.[85]

En cuanto a los factores que forman parte de la crisis, la OMS consideró que **el desempleo es “la principal catástrofe del tercer milenio”**, tras analizar el encadenamiento de enfermedades nerviosas y psicosomáticas, además de la violencia familiar y las adicciones. Los trastornos van más allá del desquicio económico. Según la asociación civil Psicólogos y Psiquiatras de Buenos Aires (más de 80 profesionales que dan atención con

[84] La etapa 5 de la Estrategia e implementación del plan de acción para una política en Salud Mental es la siguiente: Vigilar la salud mental incluyendo indicadores en los sistemas de información y notificación sanitaria. Los índices deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciben y también incluir otras problemáticas más generales. Se diseñará un modelo de obtención de datos que contemple indicadores psicopatológicos y sociales, común a todas las regiones, que permita su unificación y comparación Ministerio de Salud de la Nación [en línea]. Buenos Aires (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_mental.asp> [consulta: junio 2004].

[85] Snitcofsky, Andrés. Crisis y salud mental - los datos ya prueban lo que todos suponíamos [en línea]. Buenafuente (2003). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=5755> [consulta: junio de 2004].

honorarios accesibles en Capital y Gran Buenos Aires) la demanda en salud mental había aumentado casi un 40% del 2001 al 2002. Y al sumar las causas de inseguridad y crisis económica la proporción de las consultas por problemas tales como ansiedad, depresión, fobias o insomnio, que en 2001 representaban un 45% eran ahora del 75%. **En el primer trimestre del 2002 las consultas psiquiátricas habían crecido casi 300%,** según la Asociación de Psiquiatras Argentinos.

En ausencia de estadísticas oficiales a nivel país, la estimación era que uno de cada 10 trabajadores sufría algunas de las manifestaciones corporales que ocasiona el estrés. Para el Director de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, más del 50% de la demanda en los centros periféricos sanitarios de la capital se relaciona con problemas económicos y de vivienda, derivados de la inestabilidad laboral. Al confeccionar la historia clínica se detecta "que la raíz del problema estriba en la inseguridad económica, producto del desempleo. Esta situación genera un cuadro de estrés en adultos y, cada vez más, en niños."[86] El desaliento resulta otro de los factores que ha crecido en los últimos dos años, y si antes surgían enfermedades ante la pérdida de trabajo, ahora también porque las personas pierden esa esperanza de volver a conseguir un puesto laboral.

Parámetros económicos o sociales (cotización del dólar, índices de desempleo y pobreza) manifiestan la crisis: tales indicadores muestran hechos que repercuten fuertemente sobre el ser humano, pero "no se usan indicadores que muestren directamente esta repercusión. Los indicadores de salud mental podrían cubrir esta carencia."[87] Los elementos que tornan un poco más explícita la situación, hasta el momento, son el consumo de

---

[86] Cortesi, Santiago, "La salud mental y la crisis argentina" [en línea]. Buenafuente.com (6 de Enero de 2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449> [consulta: julio 2004].

[87] Ibídem.

psicofármacos y el número de consultas a servicios especializados de psicopatología. Viendo el uso de fármacos psiquiátricos, debería incrementarse ante situaciones de sufrimiento psíquico. Según datos del INDEC, "**en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000 un 16%, siendo el grupo farmacológico con mayor crecimiento**"[88], pero lo más interesante es que en el 2002 este grupo farmacológico lideró las ventas de todos los grupos: es claro que el malestar psíquico existe, pues ante síntomas de angustia, desgano, estrés, desesperanza, y trastornos como depresión se recurre a fármacos a fin de suplir el vacío.

Cuando en una comunidad hay un alto consumo de medicación, *Landoni* pone a consideración que "como indicador general vale, porque uno puede decir que hay una relación directa entre el consumo de medicación y la patología subyacente"[89]. Por ejemplo, mayor uso de antibióticos representa más infecciones en curso. Sin embargo, "la medicación para psiquiatría no necesariamente es así, sobre todo en el uso de los ansiolíticos.**"**[90] Según detalla, esto sucede porque los ansiolíticos primero, y los antidepresivos después, tienen un uso bastante expúreo, ocultan el sufrimiento.

Para la evaluación, es más directo comparar el número de consultas psiquiátricas o psicológicas en los hospitales municipales, antes y durante la crisis. Las urgencias psiquiátricas (intentos de suicidio, crisis de angustia, ataques de pánico, etc) de los hospitales especializados como Borda, Moyano, Tobar García, Alvear, y Ameghino se incrementaron casi un 58% del año 1998 al año 2002 (pasan de 50.000 a 79.000 aproximadamente). En ese mismo período, las consultas totales a los servicios de psicopatología

---

[88] ? Ibídem.
[89] Entrevista al Dr. Osvaldo Landoni, especialista en salud mental, 07 de agosto del 2003.
[90] ? Ibídem.

de los hospitales municipales ascendieron 192%, y superaron el millón y medio en 2002. Por sus dimensiones, el fenómeno no puede atribuirse al segmento de la población que ya no está cubierto por el sector privado de salud y se vuelca, por su parte, al sector público. Las patologías que se observan en los distintos centros de atención son emergentes de la situación de crisis: mientras la esquizofrenia mantiene sus estadísticas universales, la depresión ha aumentado considerablemente y, en el caso de los adolescentes –sobre todo- sus cuadros se complican por el uso de drogas.

Durante el 2003 el Sistema de Información y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) hizo público la Encuesta de Condiciones de Vida que, aún con datos del 2001, traza uno de los panoramas más pormenorizado del sector de la salud y de la seguridad social en la Argentina. Este análisis señala que "algo más de 3 millones de personas accedían a los sistemas privados y 13.500.000 eran los que se atendían sólo en el sistema público; uno de cada diez consultados percibió malestares durante el mes anterior al relevamiento pero no demandó atención médica y de ellos, un alarmante 20% (600.000 personas) no lo hizo por carecer de dinero para concurrir al centro asistencial; una de cada diez personas a quienes se prescribió un remedio, no la compró; y finalmente **de las 5 millones y medio de personas que se automedicaron un 22 % consumió calmantes o sedantes**"[91].

Otro tipo de datos muestran que en 1994, del total de denuncias en las que aparecían menores como víctimas, 1 de cada 4 niños había sufrido lesiones, violación y abuso deshonesto, o era víctima de corrupción (en Capital Federal). En 1995/96 el porcentaje de **abuso sexual** superaba al

[91] Encuesta SIEMPRO [en línea]. Buenafuente.com (2 de julio de 2003). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=5880> [consulta: junio 2004].

maltrato infantil. En Argentina, 90 % de las víctimas de violencia eran mujeres según estadísticas del año siguiente. Durante el 2001 la mujer también ocupa el primer lugar a la hora de sufrir violencia. Le siguen, entre los damnificados, los niños.

La violencia familiar pegó un salto en la última década. En el 2003 se recibieron 3.078 denuncias en Capital Federal (según estadísticas oficiales de la Corte Suprema) mientras que en 1995 habían sido 1.009; la cifra fue subiendo cada año hasta triplicarse. Esto significó, incluso, un aumento del 31% respecto del 2002. Sólo durante 2003 el Consejo por los derechos de niños, niñas y adolescentes en Capital Federal recibió más de 200 denuncias de niños y adolescentes por abuso sexual. Violencia urbana, social y racial completan este otro aspecto pertinente a la salud mental de la población.

Finalmente, llegado el **2004**, la **propuesta del Ministerio Nacional de Salud** es abordar la salud mental desde dos ángulos: prevención y promoción, reestructuración del sistema. A instancias de incluir la problemática dentro de la agenda pública sanitaria, la propuesta está enmarcada en las recomendaciones de la OMS: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; involucrar a las comunidades, la familia y los consumidores; prestar asistencia en la comunidad; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores u organizaciones de la sociedad civil; educación al público; vigilar la salud mental de las comunidades y apoyar nuevas investigaciones sobre salud mental.

V. 3. Olavarría (contexto local).

V. 3. 1. Datos sociodemográficos.

El partido de Olavarría posee una superficie de 7.715 km2 y las localidades que lo integran son: Sierra Chica, Sierras Bayas, Colonia Hinojo, Hinojo, Colonia San Miguel, Colonia Nieves, Cerro Sotuyo, La Providencia, Loma Negra, Espigas, Recalde, Santa Luisa, Durañona, Pourtalé, Rocha, Mapis, Muñoz, Iturregui y Blanca Grande. La población, según lo indica el censo del año 2001, es de 103. 952 habitantes, de los cuales 52.502 son mujeres y 51.450 hombres[92] ; el 80 % reside en la ciudad y el resto en las localidades y zona rural. La discriminación por franja etárea indicaba, según el Censo Nacional de Población y Vivienda (1991), que el partido presentaba una estructura por edad envejecida: el porcentaje de población pasiva transitoria, o sea los menores de 15 años, representaban algo así como el 27% de los habitantes, lo que era similar a la estructura etárea provincial. La Población Económicamente Activa (entre 15 y 64 años) alcanzaba el 60,4%. En cuanto al índice de masculinidad (número de varones por cada 100 mujeres) la mayoría de los partidos del sur bonaerense presentaban altos índices, excepto en Bahía Blanca, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Saavedra, Tres Arroyos, Laprida y Olavarría. La provincia aún no emitió datos oficiales a la municipalidad respecto de la distribución por franja etárea del último censo (lo que facilitaría diagnósticos y planificaciones en el ámbito de la salud).

---

[92] Dirección de Planeamiento y Desarrollo Municipalidad de Olavarría. Indicadores Socioeconómicos: Población [en línea]. Municipalidad de Olavarría (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http:// www.olavarria.gov.ar/Indicadores/Población/indexpobla.htm> [consulta: agosto 2004].

Salud pública está conformada por el Hospital; Atención Primaria; Bromatología. En lo referente al Sistema de Salud, encontramos el Hospital Municipal “Dr. Héctor M. Cura”, de carácter regional, con disponibilidad de 140 camas para internación, y que atiende todas las especialidades médicas y paramédicas al tiempo que cuenta con tecnología de alta complejidad. Los centros de Salud Privados son Clínica María Auxiliadora, Sanatorio Cemeda e Instituto Médico Olavarría (en el primero de éstos se presta atención en el área de salud mental); y Clínica Psicoanalítica, junto a diversos consultorios particulares.

V. 3. 2. Area de salud mental del Hospital Municipal Héctor Cura.

El Servicio de Salud Mental de la ciudad de Olavarría se creó a partir de un proyecto de ordenanza municipal, que originalmente refiere a un "Servicio de Psicopatología con orientación infanto juvenil". De este modo, el 21 de octubre de 1988 se inauguró el servicio de Salud Mental, forma en que se identifica finalmente en su fachada. Ya desde entonces la esfera de lo mental oscila entre distintas denominaciones, puesto que también se hablará de "Consultorios de psiquiatría". Diez años después el servicio de Salud Mental se organizaba a partir de una Dirección dependiente de la Dirección general del Hospital (excepcionalmente en aquella oportunidad el director general del Hospital ejercía este cargo debido a una licencia prolongada de su titular), 5 Consultorios externos, 1 sala de internación para agudos adultos con 12 a 14 camas y la Administración. Por otro lado, 2 psicólogos, 4 psiquiatras (de los cuales dos son de la planta permanente y los otros contratados), el personal administrativo y también residentes que realizan sus prácticas conforman los componentes del servicio.

El Hospital Municipal -donde se halla el servicio de Salud Mental- se ha constituido como uno de los hospitales más importantes por su "alta complejidad" y recibe constantemente pacientes de otras localidades del centro de la provincia. “Históricamente, su edificación se ha extendido en forma horizontal, adosando lo nuevo a lo viejo. (...) Salud Mental es uno de los servicios más recientes y desarrolla su actividad en Consultorios Externos y en Internación.[93] Este sector ocupa el 60 % de lo edificado, y antiguamente constituía el Dispensario Antituberculoso. Aún hoy se halla separado del resto.

La asistencia psicológica y psiquiátrica existió desde un comienzo. Según datos del Archivo Histórico Municipal de Olavarría, el informe sobre el movimiento de personas atendidas en el Hospital durante el año 1963 registra 22 pacientes en “Neuropsiquiatría”; en 1981, 723 en Psiquiatría y 17 en Psicología; en 1982, 617 en Psiquiatría y 324 en Psicología; en 1983, 675 en Psiquiatría; y en 1985, 727 pacientes en Psiquiatría y 235 en Psicología, lo cual habla de un crecimiento progresivo. La demanda de la sociedad olavarriense por más de tres décadas fue más que clara.

En el año 2003, el Area de Internación de Salud Mental contó con un recurso diferente desde el punto de vista cualitativo: dos profesores de música y dos profesores de teatro (uno de los cuales también realizaba actividades artesanales), desempeñaron su especialidad con los pacientes que, voluntariamente, se acercaban a estos "talleres". Los mismos se realizaban durante la semana en horario de mañana, puesto que por la tarde existía el horario de visita (dispuesto de 15 a 18 como en el resto del Hospital).

Derivación o demanda son las dos formas de acceso a la institución hospitalaria. No sólo concurren personas carenciadas puesto que existen

[93] Guerci, Nora, op. cit. p. 13.

varios niveles de carnet (condición 1 implica asistencia gratuita). Funciona SIAMO además, sistema “semejante” a una obra social. El servicio se maneja esencialmente con asistencia. Pacientes o familiares concurren al servicio con las indicaciones de un médico clínico o del servicio para que se les confeccione la receta correspondiente. Además se hacen derivaciones e interconsultas sea con los otros servicios del hospital, como hacia otros nosocomios o instituciones que puedan albergar a pacientes con patologías específicas que en éste no se tratan. Su articulación con el Poder Judicial se limita a los informes solicitados en casos de violencia familiar, adopción, tenencia, fuga de menores, y en el caso de establecimientos educativos así como del servicio penitenciario el acercamiento es también a partir de intervenciones solicitadas[94].

Las internaciones (agudos) eran de 15 días a 2 meses (después del alta continuaba el vínculo institucional mediante entrevistas pautadas en consultorio externo). Desde enero de 2004 el Área de internación existente en el lugar dejó de funcionar, manteniéndose únicamente los consultorios externos donde atienden psicólogos y psiquiatras, además de realizarse recetas los días lunes y viernes. Depresiones, alcoholismo, intentos de suicidio, ingesta de psicofármacos, y trastornos alimenticios son algunos de las patologías que más frecuentemente se presentan en el servicio de Salud Mental.

Durante el año 2003 hubo unas 1.300 consultas psicológicas y más de 2.000 consultas psiquiátricas (cifras que concuerdan con los porcentajes que ofrece la OMS en niveles más generales de población). Cuando el **12 de enero de 2004 se desdobló el Servicio de Salud Mental** de la Municipalidad, la primer impresión fue que se desmantelaba definitivamente

[94] Sandra P. Gómez, “Datos obtenidos sobre salud mental en la ciudad de Olavarría” en: AAVV, Segundo *Informe del Observatorio Social*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (UNCPB), 18 de diciembre de 2003.

el servicio de internación y que los pacientes “quedaban en la calle”; que se los reinstalaba sin disponer de una política clara sobre lo que debiera ser la salud mental, ya que la contención diaria de los pacientes no agudos permanecería sin cobertura. En febrero, el equipo profesional de Salud Mental se componía de 3 médicos psiquiatras y 3 psicólogos (uno se desempeñaba ad honorem): ellos se distribuían la atención ambulatoria, y a esto se sumaba la atención de los pacientes de Hinojo. Diseñaron en conjunto un proyecto que incluye la creación de un Hospital de día para tratamientos intermedios entre la internación y la atención ambulatoria (o demanda espontánea), lo cual tiene consenso pero no deja de ser una propuesta, lo mismo que la guardia psiquiátrica planificada por la secretaría de salud pública (esta podría ser activa hasta las 20 horas y pasiva durante toda la noche, porque por ahora las emergencias psiquiátricas pasan por una guardia general que realiza derivaciones en caso de considerarlo necesario).

V. 3. 3. Hospital Municipal de Hinojo.

La intensa gestión realizada por la Sociedad de Fomento de Hinojo, constituida en 1944 con el firme propósito de concretar la inauguración del Hospital, posibilitó la adquisición de propiedad en abril de 1946 y el 4 de julio de 1948 fue la inauguración formal del nosocomio. “A partir de enero de 1978 el Hospital de Hinojo se transforma en Hospital Especializado en Salud Mental de Hinojo, de carácter regional y comprendido en la órbita del gobierno Provincial (...) El Hospital presta servicio de psiquiatría, odontología, clínica general y prestación de ambulancia. El edificio se compone de 6 habitaciones, 3 consultorios, 4 baños, sala de terapia

ocupacional, comedor, cocina, lavadero, oficina de enfermería, depósito de mercaderías, sala de espera, administración y garage. Veinticinco camas en total: 13 para psiquiatría de hombres y 10 para mujeres; 2 de clínica general."[95]

Hasta ese momento Olavarría carecía de servicios asistenciales de internación específica para enfermos mentales, tanto en los servicios privados como oficiales. Los pacientes afectados por problemas psiquiátricos se incrementaban, y el periódico El Popular menciona que aún cuando los casos de tratamiento ambulatorio eran resueltos por el servicio de psiquiatría local o regional, y la internación quedaba condicionada a la capacidad del centro regional de Azul o la obtención de camas en hospicios como Melchor Romero (ya que esperaban la adjudicación de cama de hospitales centrales), era común que surgieran problemáticas que no llegaban a resolverse o, en otros casos, que eran solucionadas en forma inadecuada mediante la ubicación de los enfermos en la sala de infecciosos- por ejemplo- donde no había ni personal ni condiciones para la atención, cuidados y aislamiento requeridos. Por este motivo, la decisión – o resolución del ministerio bonaerense de salud pública- de atender a estos enfermos se presenta como una vía de escape a un problema que resultaba preocupante para las autoridades sanitarias locales desde hacía unos años, y que incluso las había hecho pensar en la posibilidad de crear un pabellón psiquiátrico dentro del Hospital Coronel Olavarría.[96]

El traspaso: una gacetilla de prensa de fecha 21 de enero habla de "la decisión de la Municipalidad de Olavarría de proceder a la firma del convenio para el traslado del Hospital provincial que funciona en Hinojo a la

---

[95] Diorio, Ramón y Diorio, Guillermo, "Hinojo-100 años", Olavarría, Imprenta Pareja, 1987.

[96] "Servicio de psiquiatría en el Hospital de Hinojo", *El Popular*, 26 de enero de 1978, p. 10.

esfera municipal sin observación alguna del proyecto de convenio oportunamente enviado por ese Ministerio. Como se recordará, el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires ofreció al Municipio realizar el traspaso del Hospital especializado en psiquiatría de Hinojo. Al respecto, desde la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad se adelantó que el mencionado nosocomio continuará funcionado con la misma orientación y brindando al mismo tiempo los servicios de medicina general a toda la comunidad hinojense y de la zona. Asimismo se indicó que el personal del Hospital no verá alterado su situación laboral. En ese sentido, Salud Pública Municipal informó que el Municipio colabora con el Hospital Provincial de Hinojo en la provisión de medicamentos y con el personal médico que cumple la totalidad de las guardias activas en dicho establecimiento."[97].

Desde esta transferencia, el centro de salud funcionó casi en su totalidad a partir de presupuesto municipal. Pese a haber sido previsto como neuropsiquiátrico (y efectivamente se destinó para la internación de enfermos mentales de casos judiciales) el pasaje a la órbita municipal hizo que dejase de prestar el mencionado servicio para únicamente disponer algunas de sus camas para estos pacientes, y continuara siendo el hospital de la comunidad. Posteriormente a estas “reestructuraciones”, el servicio de internación de pacientes psiquiátricos pasó de Salud Mental (Olavarría) al Hospital de Hinojo, y esta modificación se adjudicó a dos causas: por un lado para poder aprovechar la experiencia y capacidad del personal de enfermería (quien trabaja hace unos 30 años con este tipo de pacientes), por otro las cuestiones edilicias (dado que allí hay más espacio y cuenta con un parque)[98]. El equipo consta de psiquiatras y psicólogos que trabajan en

[97] Gacetilla informativa [en línea]. Municipalidad de Olavarría (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.olavarria.gov.ar/Gobierno/Novedades/gc21-01-2003.htm> [consulta: julio 2004].

[98] Según opiniones informales, el traspaso de las personas internadas en Olavarría a Hinojo no se hizo a partir de una política previamente analizada, o con un objetivo

Olavarría, además de un profesional itinerante de la provincia que prestaría servicios dos días a la semana, con la posibilidad del nombramiento de una psicóloga con dedicación exclusiva en la localidad, así como de una asistente social encargada del vínculo con familiares y pacientes. Las camas reservadas son ahora de 7 a 10, no obstante el hospital continúa cumpliendo la función comunitaria, e incorpora un nuevo servicio, puesto que el porcentaje de camas para enfermos neuropsiquiátricos es inferior al 30%.

No obstante las dificultades y la poca atención que en general se adjudica a la salud mental, esta institución recibió el 07 y 8 de mayo de 2004 al equipo del Departamento de Rehabilitación del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda con el objetivo de implementar una atención profesional similar a la que se desarrolla en aquel centro de internación: este esfuerzo constituye un cambio de perspectiva en el tratamiento de los pacientes en nuestra zona. En la Jornada de Salud Mental se desarrolló una evaluación del equipo, recursos y pacientes del nosocomio. Se delineó la capacitación y el seguimiento del proyecto de rehabilitación a implementarse en Hinojo y en la ciudad de Olavarría. La delegación del Borda estaba integrada por el Jefe del Departamento de Rehabilitación, el Jefe del Servicio de Arte terapia y actividad corporal, la coordinadora y supervisora de equipo interdisciplinarios y el Director del Centro Cultural y la asistente social parte del equipo.

Hacia mediados del 2004 había 16 camas para internación. Una de las propuestas del Director de la institución, Roberto Tur, era establecer un Centro de día y una Casa de medio camino que reconfiguraran la atención tradicional (en esta línea se trabaja en varios hospitales, entre ellos el

---

sanitario, sino más bien como respuesta a un requerimiento social: “sacar a los locos de la ciudad”.

Borda). Los centros u hospitales de día son para contención del paciente, para psicoterapias y para que allí pueda disponer de su medicación, pero no incluyen la internación. En la Casa de medio camino viven quienes han estado internados, se considera un paso intermedio antes de una total reinserción en la sociedad; los pacientes viven solos y en la comunidad, para lo que se requiere de un importante trabajo con la sociedad. Este lineamiento de trabajo, posible de desarrollar en nuestro ámbito, refleja algunos de los ítems contemplados por la ley de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, en lo que concierne a 1) enfoque de redes de rehabilitación, reinserción social y resolución de los problemas de modo comunitario 2) promoción de la salud mental orientada a restitución de lazos sociales solidarios. Así mismo, el Ministerio de Salud de la Nación plantea en el documento "Estrategias para una política en salud mental" uno de los objetivos que se aspira alcanzar conjuntamente con las provincias: promover la transformación de las actuales instituciones propiciando la descentralización de los servicios y la reformulación de los modelos tradicionales. Algunas de las expectativas de trabajo, en estos inicios, parecen apuntar hacia allí. Sobre todo a estrategias terapéuticas que, como laborterapia, favorecen los lazos sociales.

V. 3. 4. Hospital de Espigas.

Este hospital, ubicado en la zona rural, tiene la misma categoría que el Hospital de Sierras Bayas[99], y conforma la red de Atención Primaria del Municipio, en la que se incluyen aproximadamente 30 unidades sanitarias, erigidas en diferentes barrios.

[99] En este último, a partir del año 2004 una profesional brinda atención psicológica semanalmente.

Datos generales:

-Al mes de agosto de 2004 eran 30 pacientes y una sola profesional de enfermería.

-Había internación de crónicos y personas sin movilidad.

-No se lograba incorporar personal debido a la lejanía y al beneficio casi nulo que implica viajar hasta ahí, lo que hacía más angustiante la situación.

Espigas no está específicamente constituido como un sitio para salud mental, pero sí se caracteriza por pacientes sociales, es decir aquellos que carecen de un lugar dónde ir (muchos de ellos son enfermos crónicos y de edad avanzada).

V. 3. 5. Aspectos judiciales y políticas públicas.

La internación de una persona puede realizarse mediante un expediente judicial (que en otros casos se emplea con el objetivo de obtener una pensión). La declaración de *incapacidad* o *inhabilitación* –figuras distintas dentro del código- requiere de la intervención de tres médicos psiquiatras (nótese que no aparece la figura de un psicólogo o equipo integrado por diversos profesionales). El proceso incluye la elaboración de un informe por parte de un asistente social a la persona o familiar que en adelante se transformará en *curador*. La inhabilitación, total o transitoria, está vinculada sobre todo a las decisiones económicas de la persona en cuestión, y en menor proporción a bloquear sus posibilidades de acción. Cuando se trata de una problemática de adicción esto “procura” el ingreso a un tratamiento. En los casos de inhabilitación transitoria para quienes padecen algún trastorno mental, lo óptimo sería contar con un monitoreo a partir del alta médica y mientras se desarrolla el tratamiento ambulatorio. Además del

número elevado de internaciones por vía judicial se suceden, en el término de un año, aproximadamente siete casos de *internación por fuerza pública*.

Los diversos cuadros de padecimiento mental conllevan un agotamiento del grupo familiar y si bien una de las funciones del servicio social y de los hospitales es trabajar con la familia, lo que precisamente no se contempla es la **post-crisis**. El sistema público en general descuida un aspecto esencial: la reintegración al hogar y al medio. Así, la inexistencia de alternativas intermedias propicia la cronicidad, puesto que la posibilidad que les resta a los pacientes crónicos es la internación en los Hospitales de Hinojo o Azul (instituciones para casos de agudos) o a lo sumo en Melchor Romero, teniendo que superar además una extensa lista de espera. La incapacidad pública de producir políticas a tono con las reales necesidades hace que muchos "brotes", desorganizadores del ámbito familiar pero más que nada causantes de lesiones neurológicas, no puedan evitarse.[100]

V. 3. 6. Centro interdisciplinario de Cuidados para Educación.

El "Centro interdisciplinario de Cuidados para Educación" (C.I.C.E) tiene su antecedente más antiguo en un seminario para docentes realizado en 1995. En 1998, se conformó un primer trabajo de investigación referido a los obstáculos en el proceso de enseñanza y aprendizaje: los residentes hallaban dificultad por el contexto de violencia y agresividad, inasistencias reiteradas, estigmatización y/o discriminación en los alumnos. Un proyecto siguiente, en torno del Fracaso Escolar, no obtuvo fondos, hasta que en el año 2000 la ciudad "se vio particularmente convulsionada ante la violencia que irrumpió en la comunidad con la sórdida muerte de una docente. El

[100] Entrevista a Fernando Lamberto (licenciado en trabajo social), Olavarría, 26 de agosto de 2004.

impacto de ésta y otras situaciones de extrema violencia en el ámbito educativo hicieron que el Proyecto C.I.C.E encontrara eco en el Intendente Municipal, y que, hacia marzo de 2001 fuese una realidad. Uno de los objetivos convocantes fue de brindar auxilios técnicos y profesionales a los alumnos y sus padres, a los docentes y a las instituciones."[101]

La iniciativa apuntaba a un diagnóstico rápido y al fortalecimiento de la inclusión de la mayor cantidad de niños y adolescentes en los diversos niveles del sistema educativo, contribuyendo especialmente con aquellas prácticas que tienden a la retención de los estudiantes. Así se genera una red social para la asistencia de educadores y educandos. La oferta interdisciplinaria incluye los servicios de Psicología, Psicopedagogía y Abordaje e Investigación Psicosocial. Hay un psicólogo como coordinador general, y el equipo de trabajo está conformado por 10 psicólogos, 2 psicopedagogos, 4 profesores de psicopedagogía, 1 profesor de retardo mental, 1 antropólogo, 1 trabajador social, 1 musicoterapeuta y 1 profesional psicomotrista. Se pretende contemplar "la asistencia terapéutica así como también el análisis del contexto en que cobra sentido la problemática, articulándose ambas y potenciando la elucidación de cada uno."[102]

El C.I.C.E es, por otra parte, una institución de formación dentro de la provincia de Buenos Aires: allí se realizan post-grados y concluyen su carrera los psicólogos de la Universidad de Mar Del Plata.

El abordaje de los casos es integral, y articula demandas de salud y educación. El sistema de atención es por turnos, y todos los menores deben ir acompañados de un adulto tutor. Se contemplan los niveles Inicial, EGB 1,

---

[101] AAVV, "C.I.C.E- Centro Interdisciplinario de Cuidados para Educación. Logros y perspectivas de un proyecto educativo y social", Trabajo presentado en el concurso Premio 90° Aniversario PricewaterhouseCoopers "el rol de la escuela en el escenario futuro argentino", Olavarría, s. f.

[102] Ibídem.

2 y 3, Polimodal y Terciario, con edades que oscilan entre los 0 y 21 años. El diagnóstico escrito contempla metas clínicas y a partir del pronóstico se evalúa la capacidad del paciente y del Centro para llevar a cabo el tratamiento, que en sí consiste en psicoterapias breves con un problema identificado a resolver (en caso de que surja un problema considerable el tratamiento se extiende 3 meses más, plazo que puede prolongarse). Se detectan sobre todo problemas de conducta y aprendizaje, o violencia en el grupo familiar. Cada paciente cuenta con legajo y seguimiento, estando representadas las áreas de psicomotricidad, musicoterapia, psicología, psicopedagogía, recuperación pedagógica, redes sociales. Si bien el Centro no posee un psiquiatra, algunos pacientes de mayor gravedad igualmente son atendidos. Concurren a él no sólo personas de bajos recursos sino también quienes poseen obra social.

Actividades:

- Atención a docentes con problemas de grupos graves.
- A docentes con problemas de personalidad y con dificultades para adaptarse a un grupo escolar.
- Dictado de talleres en las escuelas.
- Entrevistas con padres y terapia sistémica con grupos de madres.
- Atención a grupos de niños con trastornos de socialización.
- Traslado del equipo a las escuelas o salas periféricas para aquellos chicos que no disponen de dinero para movilizarse.
- Articulación con pediatría, neurología y cirugía del Hospital, además de derivaciones recíprocas con Salud Mental.

V. 3. 7. Datos estadísticos.

V. 3. 7. 1. Evaluación sanitaria Olavarría 1992/1998.

Realizado por la Secretaría de Salud Pública.

- Datos sobre consultas en psiquiatría

1992: mil novecientos cincuenta y nueve consultas (1.959)

1993: mil trescientos ochenta (1.380)

1994: mil cuatrocientos cincuenta y tres (1.453)

1995: mil novecientos diecisiete (1.917)

1996: mil ochocientos (1.800)

1997: mil novecientos catorce (1.914)

1998: dos mil cuatrocientos noventa y nueve (2.499)

Es decir que en esos seis años, si bien no fue creciendo gradualmente, se incrementó un 27 %. No obstante, está en ascenso desde 1996, y el último registro es mayor en un 80% respecto del de 1993.

- Defunciones

AÑO	CANTIDAD DE SUICIDIOS				POR ENFERMEDAD MENTAL				% **
	15-19	20-44	45-64	MÁS 65	15-19	20-44	45-64	MÁS 65	
1990	NO	NO	4	3					
1991	NO	1	4	4	NO 0,1%	NO	NO	**1**	
1992	NO	2	3	4	NO 0,4 %	**1**	**1**	**1**	
1993	**1**	**2**	**5**	**2**	NO 0,8 %	NO	NO	**7**	
1994	**1**	**1**	**3**	**2**	NO 1%	NO	NO	**8**	
1995	**1**	**1**	**4**	NO	NO 2,7%	NO	NO	**25**	
1996	NO	**5**	**6**	**3**	NO 0,6%	NO	NO	**5**	
1997	**1**	**2**	**2**	**4**	NO	NO	NO	NO	

* Esto representa el porcentaje sobre las diferentes causas de muerte registradas en la totalidad del Hospital.

7					0 %				
1998	NO	**2**	**1**	**2**	NO 1,4 %	NO	NO	**13**	

En nueve años murieron 62 personas, de las cuales 60 son de tercera edad. No está explícito si pasaron por el servicio de salud mental.

Los suicidios fueron 76. Y en proporción de edades, 5% corresponde a menores de 19 años, 21% a personas menores de 44. Luego, hasta 64 años se registra un 42%, y en la tercera edad hay un 32%. Excepto los dos últimos años, además de 1992, la franja que va de 45 a 64 años presentó más cantidad de casos. "Si bien no se han definido aún taxativamente las causas, existe sin embargo un criterio generalizado de que el suicidio se produce por factores conflictivos, especialmente en períodos de acelerado cambio social."[103] Esto contempla entonces los cambios socioculturales, crisis de valores, incomunicación familiar, enfermedades terminales, problemas económicos y sentimiento de fracaso, falta de trabajo, etc. "Según estudios realizados este fenómeno desde comienzos de siglo ha operado un progresivo desplazamiento según edad. En la Ciudad de Buenos Aires hacia fines de siglo pasado prevalecía el suicidio entre la gente muy joven (15 a 25 años), en la década del 30 la mayoría estaba entre los 25 y 40, en la década del 40 entre los 40 y 50 años, en la década del 60 entre los 50 y los 64 años, a partir del año 1985 entre los 60 y 74 años y en la actualidad entre las personas de la tercera edad (65 años y más)."[104] Esto parecería no alejarse de lo que marcan los datos locales, donde efectivamente son personas de más edad quienes se suicidan, y en cuanto a 1997/1998, concretamente, mayores de 65 años.

---

[103] ? Mazzeo, Victoria, "Mortalidad por suicidio en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características. Transformaciones en el período 1980-1995" en: Menéndez Diz, Ana et alt compiladoras, Salud y Población-cuestiones sociales pendientes, Argentina, Espacio Editorial "Colección Ciencias Sociales", 1998, p.128.
[104] ? Mazzeo, Victoria, op. cit. p.130.

No debe olvidarse que este es el nivel de suicidios registrados- la mortalidad- y no la morbilidad, que incluye los intentos de suicidio, dando por tanto un panorama mucho más exacto.

V. 3. 7. 2. Resumen mensual Consultorios Externos (1999/2003).

Realizado por Subdirección de información sistemática

	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA
Año 1999	**2131** consultas	2470 consultas
Año 2000	1584 consultas	2984 consultas
Año 2001	1080 consultas	**3620** consultas
Año 2002	1093 consultas	3076 consultas
Año 2003	1350 consultas	3237 consultas

- También se deduce, de estos datos estadísticos del Hospital municipal, que en lo concerniente a la cobertura médica, quienes carecen de **obra social** han aumentado en número claramente.

AÑO	PACIENTES SIN OBRA SOCIAL	CON OBRA SOCIAL	SIN COBERTURA
1999	3474	1127	**53,77 %**
2000	3369	1199	**73,75 %**
2001	3553	1155	**75,46 %**
2002	3452	817	**80,86 %**
2003	3619	968	**78, 89 %**

- Atención en el servicio de Salud Mental discriminada por **franja etárea**:

PSICOLOGÍA

edades

AÑO	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 64	65 y más
1999	**23**	**310**	**284**	**463***	**403**	**333**	**213**	**102**
2000	**24**	**227**	**232**	**316**	**271**	**182**	**198**	**134**
2001	**07**	**117**	**152**	**326**	**173**	**129**	**117**	**67**
2002	**06**	**51**	**119**	**363**	**257**	**173**	**168**	**58**
2003	**01**	**20**	**65**	**288**	**303**	**291**	**225**	**157**

PSIQUIATRÍA

edades

AÑO	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 64	65 y más
1999				**266**	**583**	**491**	**674**	**456**
2000			**02**	**338**	**617**	**656**	**671**	**700**
2001				**403**	**743**	**851**	**782**	**841**
2002			**06**	**257**	**571**	**758**	**737**	**747**
2003		**02**	**34**	**312**	**529**	**798**	**918**	**644**

Es indispensable recalcar que, de acuerdo al censo de 1991, la población del partido de Olavarría se hallaba “envejecida” al tiempo que era mayor el número de mujeres que de hombres. En consecuencia, esto influye en los análisis por franja etárea y por sexo.

- Estadísticas en el contexto de la crisis socioeconómica argentina del 2001:

En psicología, baja un 19% la afluencia al servicio en el segundo semestre de ese año, para aumentar de 487 a 619 consultas en la primera

** Las cifras destacadas representan el mayor número de consultas, en comparación con el resto de las franjas etáreas.

parte del 2002. Los meses de mayor consulta son marzo, octubre, y mayo respectivamente.

En psiquiatría, sube casi un 6% la afluencia en el segundo semestre, y desciende de 1869 a 1511 en la primera parte del 2002. Marzo, noviembre y mayo son los meses de mayor consulta en ése área de consultorios externos.

- A su vez, según el registro de internaciones del *2003*, no hubo ningún fallecimiento producido.

mes	Más internaciones	Menos internaciones	Internaciones en psiquiatría	Porcentaje respecto del total de internaciones
1°	Tocoginecología:	Terapia intensiva Pediátrica (TIP): 2	12	2,13% sobre 562
2°	Tocoginecología: 152	Terapia intermedia: 1	8	1,57% sobre 510
3°	Tocoginecología: 153	Terapia intermedia: 4	1	0,18% sobre 557
4°	Tocoginecología: 135	Terapia intermedia: 3	13	2,42% sobre 537
5°	Cirugía: 161	Terapia Intermedia: 6	7	1,23% sobre 568
6°	Tocoginecología: 143	TIP: 3	7	1,11% sobre 631
7°	Cirugía: 162	TIP: 2	13	2% sobre 647
8°	Cirugía:149	Terapia Intermedia: 6	18	2,98% sobre 603
9°	Cirugía:152	TIP: 1	12	2,18% sobre 550
10°	Cirugía: 150	TIP: 1	17	2,77% sobre 591
11°	Tocoginecología: 147	TIP: 2	13	2,41% sobre 539

12°	Tocoginecología:1 44	TIP: 1	19	3,23% sobre 588

Así, el promedio total ronda el 2%, comparando las internaciones de salud mental con otros servicios del establecimiento, en un contexto en el que las internaciones promedio ascienden a un número de 575. Luego, junio, agosto, octubre y diciembre, son los meses donde el área de internación recibió más gente.

Olavarría no ha permanecido de ningún modo ajena al proceso nacional. Al poner en consideración estadísticas de los consultorios externos de psicología del 2001 y 2002, el aumento general de las consultas en adultos ronda el 40%. En tanto, hubo en el 2003 el doble de consultas que en el año en que estalló en el país la profunda crisis socioeconómica en personas de 45 a 64 años de edad, un 126% más consultas en la franja etárea que va de 35 a 44, y aumentó un 75% la asistencia en edades de 25 a 34. Efectuando una sumatoria global, entre el año 2001 y 2003 se registraron 3623 consultas en psicología y casi 10.000 consultas psiquiátricas.[105]

V. 3. 7. 3. Atención en C.I.C.E.

Puede decirse que el Centro forma parte de una red con otros organismos, y en este sentido:

[105] La conclusión surge a partir de las Estadísticas sobre salud mental provistas por el Hospital Municipal H. Cura.

- El 44 % de los casos llega con derivación de los establecimientos escolares.
- Un 12 % concurre por indicación de profesionales como médicos pediatras, clínicos, etc.
- Un 4 % es derivado por los distintos servicios de salud municipales: Salud Mental, Pediatría, Neurología, Cirugía o unidades de atención primaria.
- Derivaciones de familiares de los consultantes, 14 %.
- Del Poder Judicial, 1 %.
- De pacientes que han concurrido al Centro en una proporción significativa, 25%.[106]

Desde marzo de 2001 a octubre de 2003 ingresaron al servicio 1140 consultantes. En cuanto a los alumnos, los motivos de consulta más recurrentes son los "problemas de conducta", que alcanzan un 30 %, y los "problemas de aprendizaje" en un porcentaje apenas menor[107]. De un análisis de 874 casos (que incluyen nivel Inicial, EGB 1, 2 y 3, Polimodal y Terciario), 66 % corresponden al sexo masculino y 34 % son de sexo femenino. A su vez, un 13 % de la muestra corresponde a niños menores de 5 años, mientras que un 66 % tiene entre 6 y 12 años de edad.

Este es un registro más detallado respecto de las distintas edades y diagnósticos:

	6 A 8 AÑOS	9 A 12 AÑOS	13 A 15 AÑOS

[106] Sandra P. Gómez, op. cit. pp. 16- 18.
[107] AAVV, “C.I.C.E- Centro Interdisciplinario de Cuidados para Educación. Logros y perspectivas de un proyecto educativo y social”, Trabajo presentado en el concurso Premio 90° Aniversario PricewaterhouseCoopers “el rol de la escuela en el escenario futuro argentino”, Olavarría, s. f.

problemas de conducta	32%	38% (casi 19% más)	40% (5% más)
violencia y/o dificultades de relación en el grupo familiar	4%	5% (25% más)	11% (120% más)

VI. FUNDAMENTACION.

El nombre elegido para esta publicación gráfica es ***Ensamble***. Pretende sintetizar, en primera instancia, la idea de algo que se integra; es decir que remite a participación. La imagen de diferentes piezas que se ensamblan

hace pensar en las distintas profesiones o actores sociales a las que apunta la revista; a unión y construcción de vínculo entre ellos tanto como entre la problemática de la salud mental y el resto de los lectores. Por otro lado, la salud mental es uno de los aspectos que conforman la salud de la sociedad: y el primer paso es que aquella no quede apenas ligada a lo biológico sino que se articule de hecho con el contexto social, manifestándose como un aspecto más que importante del mismo.

Como ya se indicó, la revista será de carácter bimestral, con unas 24 páginas, y contemplará tanto la distribución como la publicación en la red, anexada al sitio de la ciudad *olavarria.com*; así también se garantizará el acceso de otro perfil de lector que no sea el estrictamente vinculado al área de salud a las notas principales.

En lo que concierne al sumario, el producto constará de 10 secciones:

"**Escenario**". Destinada a investigaciones especiales, una mirada integral sobre temáticas relevantes del Partido de Olavarría.

"**Multiplicidad**". Sección donde se publicarán las experiencias exitosas llevadas a cabo en otros ámbitos, y otro tipo de material sobre salud mental como legislación, debates sobre un tema específico, etc.

"**Enfermedades ocupacionales**". Aquí se contemplan las diferentes patologías producto de una actividad laboral específica, y en este primer número se incluye también el "efecto" del desempleo sobre la psiquis, a modo de enfermedad *des-ocupacional.*

"**Medios y mentes**". En esta sección se abordará cómo los medios de comunicación analizan y absorben, o excluyen de su espacio a la salud mental; habrá una visión crítica sobre la producción tanto de información como en formatos ficción de los medios.

“**El ojo experto**”. Allí se incluirán no sólo los artículos o colaboraciones escritos por profesionales sino también las notas a nivel institucional y entrevistas a personalidades reconocidas.

“**Lupa en mano**”. Esta sección estará destinada al tratamiento en profundidad de diferentes fenómenos referidos al área de salud mental o articulados con ésta, incluyendo la contextualización de datos y estadísticas existentes.

“**Página universitaria**”. Espacio dedicado a las distintas investigaciones e intervenciones ligadas a la salud, desarrolladas en el ambiente académico.

“**Eventos”**. Aquí se ofrecerá un detalle de los encuentros ligados a la salud mental y las presentaciones de interés, en Olavarría o en el orden nacional.

“**Agenda**”. Un lugar para los anuncios de las actividades relevantes previstas para el año 2005: congresos, cursos, conferencias, seminarios y jornadas referentes a la salud mental desde distintas disciplinas.

“**Actualmente**”. Será el comentario del nuevo material producido en salud mental, el repaso por la bibliografía reciente - en algunas ocasiones realizado por especialistas.

VII. CONSIDERACIONES FINALES

Reducir el abordaje de la salud mental al tratamiento de personas con padecimientos mentales supone una mirada patologizante, que considera apenas un fragmento del amplio campo de la salud mental, y lo hace desde un punto de vista clásico, centrado en las instituciones que se vinculan a la enfermedad desde un modelo tradicional médico hegemónico. El concepto de la salud mental debe ser entendido como construcción social. “Esta realidad no es patrimonio de médicos ni de psicólogos. Nadie puede decir que es un tema que incumba solamente a un sector, ni que sólo puede ser abordado desde el punto de vista de las profesiones tradicionales, ni sólo desde la perspectiva de las estructuras o las organizaciones del Estado. La construcción de la salud es claramente una construcción social, en la que intervienen muchísimos actores.”[108] Por ello, formada desde las Ciencias sociales en la disciplina de la Comunicación social, no deseo permanecer ajena a esa construcción, sino más bien contribuir a instalar en la comunidad las preocupaciones y la evaluación de alternativas sobre la Salud, que en definitiva constituye **uno de los derechos inalienables del ser humano**.

[108] Liwski, Norberto, “La salud: un derecho humano fundamental”, *Hospital Moyano: Debate o Silencio,* Volumen 1 (Mesa redonda y debate: La salud, derecho humano fundamental), diciembre de 1990, pp. 5-8.

VII. BIBLIOGRAFIA

Corsi, Jorge y Peyrú, Graciela, *Violencias Sociales*, (“Estudios sobre violencia”), 2° edición, Buenos Aires, Editorial Ariel, julio de 2004 [Primera edición en Barcelona, Editorial Ariel, 2004].

Cytrynblum, Alicia, *Periodismo social: una nueva disciplina*, Buenos Aires, Ediciones La Crujía, 2004.

Diorio, Ramón y Diorio, Guillermo, *Hinojo-100 años*, Olavarría, Imprenta Pareja, 1987.

Eco, Umberto, *Cómo se hace una tesis*, Buenos Aires, Editorial Gedisa, 1989.

Foucault, Michel, *Enfermedad mental y personalidad*, México DF, Editorial Paidós, 1988 [Primera edición en francés, París, Press Universitaires de France, 1984].

Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica I*, (“Brevarios”), México DF, Fondo de Cultura Económica, 7° reimpresión, 1998 [Primera edición en francés 1964, en español 1967].

Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica II*, (“Brevarios”), México DF, Fondo de Cultura Económica, 7° reimpresión, 1998 [Primera edición en francés 1964, en español 1967].

Giorgi, Alberto (compilador), *Cultura y salud –Reflexiones en torno a la salud y la enfermedad en el contexto cultural argentino*, (“Colección Fin del Milenio”), Buenos Aires, Ediciones Biblioteca Nacional y Página/12, 1999.

Menéndez Diz, Ana et alt (compiladoras), *Salud y Población -cuestiones sociales pendientes*, Argentina, (“Colección Ciencias Sociales”), Espacio Editorial, 1998.

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

Revista

AAVV, *Hospital Moyano: Debate o Silencio,* Volumen 1 (Mesa redonda y debate: La salud, derecho humano fundamental), diciembre de 1990.

Waisbord, Silvio, “Nuevas tendencias y escenarios futuros en el periodismo: oportunidades para el periodismo en salud”, *Diálogos de la comunicación*, N° 62, 2001.

Tesis

Guerci, Nora Marcela, *Prácticas en Salud Mental: Representaciones sociales en un medio hospitalario olavarriense*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), 1998 [Tesis de grado de la Licenciatura en Antropología social].

Páginas de Internet

Alvaro, José Luis, Salud Mental [en línea]. Universidad Complutense de Madrid (2002). Localización de la parte dentro del sitio< www.Ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm> [consulta: julio 2004].

Cilimbini, Ana y Ortiz, Claudia, Comunicación y salud: zonas de debates y emergencia de nuevos interrogantes, V Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación [en línea]. Asociación Latinoamericana de investigadores de la Comunicación (2000). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.eca.usp.br/alaic/chile2000/10%20GT202000Com%20e%20Salude/Ana%20Cilibini%20&%20Claudia%20Ortiz.doc> [consulta: julio 2004].

Cortesi, Santiago, La salud mental y la crisis argentina [en línea]. Buenafuente (enero de 2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449> [consulta: julio 2004].

Finquelevich, Susana, Internet en la prevención de la salud mental urbana [en línea]. Asociación Links (2000). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.links.org.ar/infoteca/internet%20en%20la%20prevención%20de%20la%20salud%20mental%20urbana.pdf> [consulta: junio 2004]

Kraut, Alfredo, La salud mental no es un tema sólo para médicos [en línea]. Red-acción Sitio del Area Periodismo- Facultad de Derecho y Ciencias Sociales- Patagonia Argentina (2003). Localización de la parte dentro del sitio <http://old.clarin.com/diario/2003/06/18/o-576223.htm%20> [consulta: junio 2004].

Pacheco Borella, Germán. Recopilación sobre salud mental [en línea]. Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental (s. f.). Localización de la parte dentro del sitio <www.aesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm> [consulta: julio 2004].

Snitcofsky, Andrés. Crisis y salud mental - los datos ya prueban lo que todos suponíamos [en línea]. Buenafuente (2003). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=5755> [consulta: junio 2004].

25 millones de personas sufren en América Latina, dice OPS [en línea]. Organización Panamericana de la salud- Oficina Sanitaria Panamericana- oficina Regional de la OMS (2000). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.datasalud.com.ar/depresion-america.htm> [consulta: junio 2004].

Federación Panamericana de Facultades-Escuelas de Medicina (Chile). Propuesta de innovación curricular [en línea]. Chile: Fepafem, 2000. <http://www.fepafem.org.ue/curric.php> [consulta: julio 2004].

Ministerio de Salud de la Nación [en línea]. Buenos Aires (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_mental.asp> [consulta: junio 2004].

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos aires (Buenos Aires). Posición del CPPBA respecto de la media sanción dada por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires con fecha 13 de noviembre de 2003 a un proyecto de ley referido a Salud Mental (expte. D/02-03) [en línea]. Buenos Aires: CPPBA, 2004. <http://www.colpsiba.rg.ar/brebes/saludMental.htm> [consulta: mayo 2004].

Segunda primavera en Internet [en línea]. Boletín de la SAI (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http:// www.sai.com.ar/boletin05htm> [consulta: junio 2004]

Encuesta SIEMPRO [en línea]. Buenafuente.com (2 de julio de 2003). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=5880> [consulta: junio 2004].

La iniciativa de comunicación (CILA) [en línea]. Colombia: 2004. <http://www.comminit.com> [consulta: septiembre 2004].

Dirección de Planeamiento y Desarrollo Municipalidad de Olavarría. Indicadores Socioeconómicos: Población [en línea]. Municipalidad de Olavarría (2004). Localización dentro de la parte dentro del sitio <http://

www.olavarria.gov.ar/Indicadores/Población/indexpobla.htm> [consulta: agosto 2004].

Gacetilla informativa [en línea]. Municipalidad de Olavarría (2004). Localización de la parte dentro del sitio <http://www.olavarria.gov.ar/Gobierno/Novedades/gc21-01-2003.htm> [consulta: julio 2004].

Material adjunto

AAVV, "C.I.C.E- Centro Interdisciplinario de Cuidados para Educación. Logros y perspectivas de un proyecto educativo y social", Trabajo presentado en el concurso Premio 90° Aniversario PricewaterhouseCoopers "el rol de la escuela en el escenario futuro argentino", Olavarría, s. f.

AAVV, "*Primer Informe del Observatorio Social"*, Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), 1 de octubre de 2003.

AAVV, "Segundo *Informe del Observatorio Social*", Olavarría, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), 18 de diciembre de 2003.

Cardozo, Marta y Pereira, José Miguel, "Comunicación, desarrollo y promoción de la salud- enfoques balances y desafíos" (Ponencia), 7° Congreso Latinoamericano de Investigadores en Comunicación (ALAIC), La Plata, 11 al 16 de octubre de 2004.

Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Sub-Dirección de Información Sistemática, “Resumen mensual de Consultorio Externo –Psiquiatría y Psicología” (1999/2003), Olavarría, Hospital Municipal H. Cura, 2004.

Rivero Pino, Ramón, Curso Taller de Posgrado “Hacia un trabajo comunitario con enfoque de autodesarrollo”, Facultad de Ciencias Sociales (U.N.C.P.B.A.), Olavarría, 30 y 31 de julio de 2004 (desgrabación del autor, 4 cassettes).

Rivero Pino, Ramón, “Lo grupal en la intervención comunitaria” (Curso Taller Posgrado), Olavarría, 31 de julio de 2004.

Rivero Pino, Ramón, “La adecuada comprensión de la salud comunitaria como principio para la intervención comunitaria”, Olavarría, 2004. [algunas de estas reflexiones pueden hallarse en Alonso Freyre, Riera Vásquez y Rivero Pino, *Gestar lo comunitario*, Santa Clara, Cuba, Ed. Feijoo UCLV, 2003. Otras, constituyen sistematizaciones producto de intervenciones del Grupo provincial de trabajo comunitario integrado de Villa Clara los días 22 y 24 de enero 2004].

Secretaría de Salud Pública, “Evaluación Sanitaria Olavarría 1992/1998”, Municipalidad de Olavarría, 1999.

Séptimo Taller sobre Formación de Periodistas Latinoamericanos en Temas de Política y Gestión Social, Fundación para un Nuevo Periodismo Iberoamericano, Cartagena de Indias, Colombia, junio de 2000.

Sub-Dirección de Información Sistemática, “Resumen mensual de Internación” (2003), Olavarría, Hospital Municipal H. Cura, 2004.

Torres López Teresa Margarita (1999) “Sangre y Azúcar. Representaciones sobre la diabetes de enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México”. Tesis para obtener el doctorado en Antropología Social y Cultural. Universidad Rovia y Virgili, Tarragona, España. [Material aceptado en la Revista de *Cadernos de Saúde* Publica de Brasil en agosto de 2004. Cedido a través de la red por M. Torres, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara).

Artículos periodísticos

“Servicio de psiquiatría en el Hospital de Hinojo”, *El Popular*, 26/01/1978, p. 10.

Entrevistas realizadas por la autora

Licenciado en Trabajo social Fernando Lamberto, Olavarría, 26 de agosto de 2004.

Entrevistas empleadas como material de consulta

Doctores Osvaldo Landoni y Rafael Abranovici, colaboradores en la última Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 07 de agosto de 2003.

Doctor Gastón Lestart, especialista en salud mental, 2003.